

Bewerbungsformular BSZ / Formular

Informationen über Bewerber*in

Name	_____	Vorname	_____
Strasse	_____	PLZ / Ort	_____
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> neutral
Zivilstand	_____	AHV-Nummer	756. _____
Kinder	_____	Name/Alter der Kinder	_____
Gesetzlicher Wohnsitz	_____	Konfession (Ausländer)	_____
Geburtsdatum	_____	Heimatort	_____
Telefon	_____	Mobiltelefon	_____
E- Mail	_____	Parkplatz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Aktuelle Wohnsituation

- Alleine
 Elternhaus
 Institution
 Wohngemeinschaft
 Altersheim

Andere, nämlich: _____

Name der Bezugsperson (Institution): _____

Telefon / E-Mail _____

Notfallkontakt (Diese Person wird als erstes in einer **Notfallsituation** kontaktiert):

- (Ehe-) Partner*in
 Vater
 Mutter
 Schwester
 Bruder
 Bekannte*r

Name	_____	Vorname	_____
Strasse	_____	PLZ / Ort	_____
Telefon	_____	E- Mail	_____

Gesetzliche*r Vertreter*in (Kopie der Ernennungsurkunde beilegen)

Existiert eine Beistandschaft ja nein

- Begleitbeistandschaft
 Mitwirkungsbeistandschaft
 umfassende Beistandschaft
 Vertretungsbeistandschaft

Amt	_____	Vorname	_____
Name	_____	PLZ / Ort	_____
Strasse	_____	E- Mail	_____
Telefon	_____		

Gesundheit und Beeinträchtigung

Beeinträchtigung: Körperlich Geistig Psychisch

Hausarzt / Hausärztin

Name _____ Vorname _____
Strasse _____ PLZ / Ort _____
Telefon _____ E-Mail _____

Behandelnde/r Psychiater*in, Psycholog*in oder Spezialarzt / Spezialärztin

Name _____ Vorname _____
Strasse _____ PLZ / Ort _____
Telefon _____ E-Mail _____

IV-Rente (Kopie IV-Verfügung oder Vorbescheid)

IV-Rente 1/1 3/4 1/2 1/4 keine
SUVA-Rente 1/1 3/4 1/2 1/4 keine
 In Abklärung seit _____

Hilflosenentschädigung (HE) (Kopie der Hilflosenentschädigung beilegen)

schweren Grades mittleren Grades leichten Grades keine

Ergänzungsleistungen (EL)

ja nein

Haftpflichtversicherung (betrifft Wohnplatz)

ja Versicherung: _____ Policen-Nummer: _____
 nein

Auszahlung Arbeitsvergütung (bitte immer ausfüllen)

Name Bank/Post _____

IBAN-Nummer _____

Ausländerausweis (Kopie der Bewilligung beilegen)

L B C F Andere

Auszufüllen bei ausländischen Personen (ausser C-Bewilligung):

(Das Anmeldeformular Quellensteuer muss spätestens 8 Tagen nach Arbeitsbeginn eingereicht werden)

Konfession Reformiert Katholisch andere / keine

**Andere
Erwerbstätigkeit**

Arbeitgeber Name und Adresse:

Arbeitspensum %

**Ehepartner*in
oder
eingetragene
Partnerschaft**

Name und Adresse Partner*in

Geburtsdatum:

Nationalität:

Bewilligung:

Sozialvers-Nr.

756

(Partner*in)

Name und Adresse des Arbeitgebers des/der Partner*in:

Kinder

Vorname und Name / Geburtsdatum der Kinder

Leben die Kinder im gleichen
Haushalt?

ja nein

Datenschutz / Bearbeitung von Personendaten

Der/die Interessent*in ermächtigt die BSZ Stiftung ausdrücklich zur Bearbeitung aller verfügbaren Personendaten, soweit dies gesetzlich vorgesehen und zulässig bzw. für die Durchführung der Anmeldung und Abklärung sowie zur Erfüllung der kantonalen Leistungsvereinbarung durch die BSZ Stiftung erforderlich ist und solange kein ausdrücklicher Widerspruch vorliegt.

Detaillierte Informationen zur Datenbearbeitung und den Datenschutzrechten sind der Beilage Information Datenbearbeitung Interessenten zu entnehmen.

Mit der Unterschrift bestätigt der/die Interessent*in, die zuweisende Stelle resp. die gesetzliche Vertretung, die Richtigkeit der gemachten Angaben sowie die Kenntnisnahme der Beilage Information Datenbearbeitung Interessenten.

Ort/Datum _____

Unterschrift _____

Interessent*in / gesetzliche Vertretung

(elektronisch)

Einzureichende Dokumente:

- Ausgefülltes und unterzeichnetes Bewerbungsformular BSZ
- Kopie IV Verfügung / Vorbescheid
- Kopie Hilflosenentschädigung
- Kopie Ernennungsurkunde Beistandschaft (falls vorhanden)
- Kopie Ausländerausweis

Zusätzlich wenn vorhanden:

- Ärztliche Diagnoseliste
- Ärztliche Medikamentenliste
- Pflegebericht und / oder Arztbericht
- Schulbericht oder pädagogische Beurteilung, Schnupperberichte

Ihre Anmeldung bzw. die einzureichenden Dokumente senden Sie bitte unterschrieben per E-Mail oder Post an:

- aufnahme@bsz-stiftung.ch
- BSZ Stiftung, Fachstelle Aufnahme, Frauholzstrasse 9, 6422 Steinen
- Telefon: 041 553 40 60