



Bitte vollständig und gut lesbar ausfüllen

## Anmeldung für

- Berufsfindungsjahr BFJ  Wohnplatz im Internat  
 Berufsausbildung intern  
 Berufsausbildung dezentral in einem Verbundbetrieb

gewünschter Termin: \_\_\_\_\_

### 1. Personalien Bewerber(in)

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Vorname(n): \_\_\_\_\_

IV-Nr.: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Heimatort: \_\_\_\_\_

Einreise in die Schweiz: \_\_\_\_\_

Aufenthaltsstatus:  
(Kopie Ausländerausweis beilegen)

Verständigung in  Deutsch /  Schweizerdeutsch:  möglich  gut  sehr gut

Derzeitiger Aufenthaltsort:  Eltern  Heim  Klinik  Anderer, nämlich: \_\_\_\_\_

Name der Institution: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Kontaktperson: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Anspruch auf Hilflosenentschädigung:  Nein  leicht  mittelschwer  schwer

### 2. Eltern

#### Vater

Elterliches Sorgerecht:  Ja  Nein

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_

Heimatort: \_\_\_\_\_

Zivilstand: \_\_\_\_\_

Einreise in die Schweiz: \_\_\_\_\_

Aufenthaltsstatus: \_\_\_\_\_

#### Mutter

Elterliches Sorgerecht:  Ja  Nein

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_

Heimatort: \_\_\_\_\_

Zivilstand: \_\_\_\_\_

Einreise in die Schweiz: \_\_\_\_\_

Aufenthaltsstatus: \_\_\_\_\_

Verständigung in Deutsch:  Ja  Nein

Verständigung in Deutsch:  Ja  Nein

Ist für Elterngespräche ein(e) Dolmetscher(in) bei zu ziehen:

Ja  Nein

### 3. Pflegeeltern

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Beziehung zur Herkunftsfamilie: \_\_\_\_\_

### 4. Geschwister / Halbgeschwister

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Beruf / Schule: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 5. Gesetzliche Vertretung

Besteht eine vormundschaftliche Massnahme?  Nein

wenn ja, welche?  Beistandschaft,  Beiratschaft,  Vormundschaft,  Fortsetzung  
elterliche Sorge,  Andere, nämlich:

Zuständige Stelle: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Zuständige Person: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

### 6. Sozialversicherungsanstalt (IV-Stelle):

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Zuständige Person: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Funktion:  Sachbearbeiter(in)  Berufsberater(in)  Anderes, nämlich: \_\_\_\_\_

### 7. Aufenthalt des/der Bewerber(s)in seit der Geburt (Familie, Pflegefamilie, Heime etc.)

Name / Ort: \_\_\_\_\_

Von / Bis: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 8. Bisherige berufliche Abklärungen und Schnupperaufenthalte (Berichte beilegen)

Name / Ort: \_\_\_\_\_

Von / Bis: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**9. Gesundheitszustand** (Medizinische Berichte beilegen)

Diagnose / Behinderung: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Medikamente:  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Dosierung: Morgen = \_\_\_\_\_ Mittag = \_\_\_\_\_ Abend = \_\_\_\_\_ Nacht = \_\_\_\_\_

Rezeptpflichtig:  Nein  Ja; Rezept wird ausgestellt durch:  Hausarzt  Spezialarzt \_\_\_\_\_

Einnahme der Medikamente:  selbständig  mit Hilfe  unselbständig  ..... \_\_\_\_\_

Hilfsmittel:  keine  Brille  Hörgerät  Spezialschuhe  Andere, nämlich: \_\_\_\_\_

**10. Lebenspraktische Fertigkeiten**

Körperpflege:  selbständig  mit Hilfe  unselbständig  ..... \_\_\_\_\_

Umgang mit Geld:  selbständig  mit Hilfe  nicht möglich \_\_\_\_\_

Zeitliche Orientierung:  selbständig  mit Hilfe  nicht möglich  ..... \_\_\_\_\_

Räumliche Orientierung:  selbständig  mit Hilfe  nicht möglich  ..... \_\_\_\_\_

Benutzung ÖV:  selbständig  unter Aufsicht  nicht möglich  ..... \_\_\_\_\_

Radfahren im Verkehr:  selbständig  unter Aufsicht  nicht möglich  ..... \_\_\_\_\_

Schwimmen:  selbständig  unter Aufsicht  nicht möglich  ..... \_\_\_\_\_

**11. Persönliche Vorlieben und Fertigkeiten**

Berufliche Interessen, bevorzugte Tätigkeiten: \_\_\_\_\_

Freizeitaktivitäten, -interessen: \_\_\_\_\_

Besondere Fertigkeiten: \_\_\_\_\_

**12. Diverses**

Suchtmittelkonsum:  nie  gelegentlich  regelmässig \_\_\_\_\_

Welche? \_\_\_\_\_

Strafmassnahmen:  keine  abgeschlossen  laufende Massnahme  pendent \_\_\_\_\_

Anderes Wissenswertes: \_\_\_\_\_

**Alle Angaben in diesem Formular werden vertraulich behandelt und nur für den internen Gebrauch benutzt. Alle Mitarbeiter(innen) der Stiftung Bühl sind vertraglich an die Schweigepflicht gebunden.**

**Ich / wir habe(n) dieses Anmeldeformular wahrheitsgetreu ausgefüllt:**

Datum / Ort: \_\_\_\_\_

Unterschrift Bewerber(in): \_\_\_\_\_

Unterschrift gesetzl. Vertreter(in): \_\_\_\_\_

**Bitte schicken Sie zusammen mit dieser Anmeldung einen Lebenslauf.**