

PERSONALIENBLATT (Bitte in Blockschrift, oder am PC ausfüllen und zutreffendes ankreuzen)

Name: _____ Vorname: _____
 Strasse: _____ Nr. _____
 Postleitzahl: _____ Wohnort: _____
 Wohnsitz: (Wo sind Ihre Schriften deponiert?) _____
 Geboren: _____ Heimatort: _____
 Zivilstand: _____ AHV-Nr. _____
 Gesundheitliche Einschränkung: _____
 Ausweistyp: _____ Ausweis gültig bis: _____
 Heimatstaat: _____
 Tel. Privat: _____ Mobile: _____

Haben Sie einen gesetzlichen Vertreter? ja nein

(von Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde eingesetzt)

* Elterliche Vertretung:.....	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	* Bei Elterlicher Vertretung
* Begleitbeistandschaft:.....	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	oder Beistandschaft muss
* Vertretungsbeistandschaft:.....	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	Ernennungsurkunde des
* Mitwirkungsbeistandschaft:.....	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	gesetzlichen Vertreters
* Umfassende Beistandschaft:.....	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	beigelegt werden.

Name, Vorname des Vertreters: _____
 Vollständige Adresse: _____
 Tel. erreichbar: _____

Bezugsperson: _____
 Vollständige Adresse: _____
 Tel. erreichbar: _____

Kinder: Name: _____ Geb.datum: _____
 Name: _____ Geb.datum: _____
 Name: _____ Geb.datum: _____

Mittagessen intern ja nein Darf Areal verlassen ja nein

Ihre Krankenkasse _____
 Sektion, Ort _____
 Ihr Hausarzt _____
 Adresse und Ort _____
 Telefon _____
 Berufliche Ausbildung als: _____
 Dauer der Ausbildung: _____
 Lehrbetrieb: _____

Letzte Arbeitsstellen (genaue Anschriften der Firmen)

Firma _____ von - bis _____
Firma _____ von - bis _____

Welche Schulen haben Sie besucht? (Schule und Ort)

Schule _____ von - bis _____
Schule _____ von - bis _____

Berufliche Massnahmen der IV sind beantragt bei der
IV Stelle des Kantons _____

Welche Therapien besuchen sie gegenwärtig? (Medi, Physio, Diät)

Therapie _____ wo _____
Therapie _____ wo _____

Erhalten Sie eine Rentenleistung? ja nein pro Monat

Invalidenrente pro Monat	ganze	<input type="checkbox"/>	halbe	<input type="checkbox"/>	viertel	<input type="checkbox"/>	Fr. _____
Hilflosenentschädigung	leicht	<input type="checkbox"/>	mittel	<input type="checkbox"/>	schwer	<input type="checkbox"/>	Fr. _____
Ergänzungsleistungen	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>			Fr. _____
SUVA, BVG, Krankenkasse	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>			Fr. _____
Taggeld der IV, MV	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>			Fr. _____

Lohnauszahlung Bank/Ort _____
IBAN _____
 Postkonto _____

Verwaltung Ihres Einkommens durch: _____

Militärdienstpflichtig ja nein Zivilschutzpflichtig ja nein

Bemerkungen / Hinweise _____

Gewünschtes Eintrittsdatum: _____

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____ gesetzl. Vertretung _____

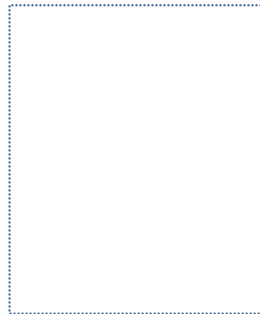


Für die Erfassung Ihrer Daten sind Kopien der unten aufgeführte Dokumente dem Personalienblatt beizulegen oder beim Kontaktgespräch mitzubringen .

Beilagen:

Kopien von
AHV-Versicherungsausweis
Ausweis der Krankenkasse
Rentenverfügung der Invalidenversicherung
Medikament - Verordnung
Ausländerausweis
Ernennungsurkunde der gesetzl. Vertretung

aktuelles Passfoto



Wird vom Arbeitgeber ausgefüllt

bitte leer lassen

G+K

P+S

IBB