

Werkstätten Buecherwäldli

Uzwil – Wil - Oberuzwil



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 der Vormundschaftsbehörde eingesetzt)

Elterliche Vertretung: ja nein
Beirat, Beistand: ja nein
Vormund: ja nein

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. _____
Militärversicherung	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

aktuelles Passfoto