|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Regelsozialhilfe** | | | | | | **Asylsozialhilfe** | | | | | |
| CH, B, C, Asyl F7+, Flüchtlinge B5+ & F7+ N (Anhörung ASO) | | | | | | Asyl F7+, Flüchtlinge B5+ & F7 + N (Anhörung ASO) | | | | | |
| **Programmart** | | | | | | | | | | | |
| **Beschäftigung I** | **Beschäftigung II** | | **Jugendprogramm** | | | **Coaching** | **Coaching (x-talent)** | | | **first step** | |
| **Personalangaben** | | | | | | | | | | | |
| Name | | | | | Vorname | | | | Geb. Datum | | |
| Strasse, Nr. | | | | | PLZ | | | | Ort | | |
| Telefon/Natel | | | | | Nationalität | | | | Geschlecht | | |
| AHV Nr. | | | | | Ausweisart (B, C, F, N) | | | | Gültig bis | | |
| Zivilstand | | | | | Anzahl Kinder | | | | | | |
| Erlernter Beruf | | | | | Bisherige Tätigkeiten | | | | | | |
| Einsatz ab | | | | | Pensum Start | | | | | | |
| Einsatz in | | | | | Einsatzdauer bis | | | | | | |
| **Gesundheitliche oder andere Einschränkungen?** | | | | | Ja Nein wenn ja, welche? | | | | | | |
| **Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit** | | | | | Ja Nein wenn ja, welche? | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Folgende Zielsetzungen sind beim Programmeinsatz zu beachten und anzustreben** | | | | | | | | | | | |
| 1. Fachkompetenz | |  | | | | | | | | | |
| 2. Selbstkompetenz | |  | | | | | | | | | |
| 3. Sozialkompetenz | |  | | | | | | | | | |
| 4. Pensum | |  | | | | | | | | | |
| 5. Leistungsfähigkeit | |  | | | | | | | | | |
| *Bemerkungen* | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| ***Unfallversicherung****:*  **Unfalldeckung durch die Teilnehmenden bei sämtlichen AMI Programmen** *Die Sicherstellung der Unfallversicherung (BU/NBU) durch die Krankenkasse erfolgt durch die zuweisende Stelle.* | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| ***Aufwand für Mittagessen von Fr. 6.00*** *(inkl. MWST) können dem Sozialamt in Rechnung gestellt werden* | | | | | | | | | | | |
| ***Kostengutsprache****: Der zuweisenden Gemeinde werden die Tagespauschalen gemäss Programm und Pensum verrechnet* | | | | | | | | | | | |
| Adresse Einsatzbetrieb | |  | | | | | | | | | |
| Name Zuweisende Fachperson | |  | | | | | | | | | |
| E-Mail / Phone | |  | | | | | | | | | |
| Adresse Sozialregion | |  | | | | | | | | | |
| **Datum / Unterschrift** | | | | | | | | | | |  |
| Teilnehmende Person | | | | VEBO Genossenschaft | | | | Zuweisende Fachperson | | | |
|  | | | |  | | | |  | | | |

**Geht an** Inkraftsetzer