

# Bewerbungsunterlagen

|                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |             |  |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------|--|
| <b>Anmeldung für</b>                                               | <input type="checkbox"/> <b>WG Castello</b> , Frick <input type="checkbox"/> <b>WG Domicilio</b> , Muhen<br><input type="checkbox"/> <b>WG Novatio</b> , Fislisbach <input type="checkbox"/> <b>WG Shalom</b> , Buchs<br><input type="checkbox"/> <b>Wohn-Coaching</b> , Kanton Aargau |                      |             |  |
| <b>Name</b>                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Vorname</b>       |             |  |
| <b>Bisherige Adresse</b>                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |             |  |
| <b>Telefon / Mobile</b>                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Mail</b>          |             |  |
| <b>Geburtsdatum</b>                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>AHV/IV-Nr.</b>    | <b>756.</b> |  |
| <b>Zivilstand</b>                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Konfession</b>    |             |  |
| <b>Heimatort</b>                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Anzahl Kinder</b> |             |  |
| <b>Schriften (PLZ/Ort)</b>                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Beruf</b>         |             |  |
| <b>Arbeitssituation</b>                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |             |  |
| <b>Krankenkasse<br/>Unfallversicherung</b>                         | Name: _____ Mitgliednummer: _____<br>Die Unfallversicherung ist in der Krankenkasse einzuschliessen!                                                                                                                                                                                   |                      |             |  |
| <b>Privathaftpflicht</b>                                           | Name: _____ Mitgliednummer: _____                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |             |  |
| <b>Anmeldung durch<br/>Zuweisende Stelle<br/>oder Privatperson</b> | Name: _____<br>Funktion: _____<br>Adresse: _____<br>PLZ/Ort: _____<br>Mail: _____<br>Telefon: _____                                                                                                                                                                                    |                      |             |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Beistand</b>                           | <input type="checkbox"/> Gleiche Adresse wie Anmeldender<br><input type="checkbox"/> andere Adresse: _____                                                                                                                                                                             |                      |             |  |
| <b>Rechnung an</b>                                                 | <input type="checkbox"/> Gleiche Adresse wie Anmeldender<br><input type="checkbox"/> andere Adresse: _____                                                                                                                                                                             |                      |             |  |
| <b>IV-Status</b>                                                   | <input type="checkbox"/> Rente <input type="checkbox"/> Rente angemeldet<br><input type="checkbox"/> Keine Rente <input type="checkbox"/> berufliche Massnahme                                                                                                                         |                      |             |  |

| Angehörige / Bezugspersonen / Ärzte / Therapeutinnen und Therapeuten                             |         |         |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|------|
| Name / Vorname                                                                                   | Adresse | Telefon | Mail |
|                                                                                                  |         |         |      |
|                                                                                                  |         |         |      |
|                                                                                                  |         |         |      |
| Notfallkontakt wird ohne Schweigepflichtentbindung bei lebensbedrohlichen Situationen informiert |         |         |      |
| Name/ Vorname                                                                                    | Adresse | Telefon | Mail |
|                                                                                                  |         |         |      |
| Familiäre Situation                                                                              |         |         |      |
| Diagnosen / Angaben zur Gesundheit                                                               |         |         |      |
| Allergien                                                                                        |         |         |      |
| Medikamente                                                                                      |         |         |      |
| Umgang mit Suchtmitteln                                                                          |         |         |      |
| Sozialverhalten                                                                                  |         |         |      |
| Justiz Massnahmen                                                                                |         |         |      |
| Meine Stärken                                                                                    |         |         |      |
| Motivation für einen Eintritt in das gewählte Angebot                                            |         |         |      |
| An diesen Themen möchte ich arbeiten                                                             |         |         |      |
| Spiritualität, was gibt mir Halt                                                                 |         |         |      |
| Gewünschtes Eintrittsdatum                                                                       |         |         |      |

Unterschrift der Bewerberin/des Bewerbers: \_\_\_\_\_

Rücksendung der Bewerbungsunterlagen an:

Stiftung Wendepunkt | WG Castello | Matthias Vogt | Widengasse 1 | 5070 Frick

Stiftung Wendepunkt | WG Domicilio | Markus Schor | Grittengasse 28 | 5037 Muhen

Stiftung Wendepunkt | WG Novatio | Jonathan Schwab | Dorfstrasse 14 | 5442 Fislisbach

Stiftung Wendepunkt | WG Shalom | Sascha Guidon | Zopfweg 25 | 5033 Buchs

Stiftung Wendepunkt | Wohn-Coaching | Ottavio Di Grassi | Schlüsselring 10 | 5037 Muhen