|  |  |
| --- | --- |
| ***[ ]* 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 Beschäftigungs- und First Step Programmen***Die Sicherstellung der Unfallversicherung durch die Krankenkasse erfolgt durch die zuweisende Stelle.***[ ]  Unfalldeckung durch die VEBO Genossenschaft bei Jugendprogrammen (inkl. MNA)***Teilnehmende sind während dem Einsatz in der VEBO bei der SUVA gegen Berufs- und Nichtberufsunfall (NBU ab 8Std./Woche) versichert. Falls in diesem Zusammenhang ein Ausschluss des Unfall-Versicherungsschutzes bei der privaten Krankenkasse erfolgt, sind nach Abschluss der Programme die Teilnehmenden für den erneuten Einschluss verantwortlich.*  |
|  |
| ***[ ]  Aufwand für Mittagessen von Fr. 12.00*** *(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 |
|  |  |  |