

Anmeldeformular Werkstätten Helsenberg

Für Basisgruppe, interne Arbeitsplätze, externe Arbeitsplätze

Personalien/persönliche Angaben

Name:		Vorname:	
Lediger Name:		Geburtsdatum:	
Zivilstand:	Auswahl	Konfession:	Auswahl
Heimatort:		Soz. Vers. Nr.:	756.
Nationalität:		wenn nicht CH:	Auswahl
Telefon:		Mobile:	
e-mail:		Beruf:	
Aktuelle Wohnadresse:		PLZ/Ort:	
IV-Rente:	auswählen	Krankenkasse:	
Nicht Kt. BE, Kostenübernahmegarantie IVSE:		☐ ja	☐ nein ☐ beantragt

Beistandschaft:	☐ ja ☐ nein	Art Beistandschaft:	Auswahl
Beistand:		Tel:	
Adresse:		PLZ/Ort:	

Behandelnder Arzt oder Ärztin:	
Name:	Tel:
Adresse:	PLZ/Ort:

Angaben für Lohnauszahlung

☐ Auszahlung Bank/Post	☐ Auszahlung an Klientin/Klient
☐ Auszahlung auf Kto. Sozialdienst, wenn ja:	☐ Abtretungsvollmacht beigelegt
Kopie Lohnabrechnung/-Ausweis an:	☐ Sozialdienst ☐ Beistand
Adresse, wenn anders als Beistand: , ,	
Bankangaben:	
Name Kontoinhaber:	Name Bank/Post:
IBAN-Nr.:	CH

Berufserfahrung

Abgeschlossenen Ausbildung:	☐ ja ☐ nein
Beruf:	
Letzte Tätigkeit:	Wann?

Persönliche Angaben (kurze Biografie)

--

Psychische Einschränkungen/Diagnose (Zutreffendes bitte ankreuzen)

☐ Depressive Problematik	☐ Angstzustände
☐ Orientierungsstörungen	☐ Suchterkrankung
☐ Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis	
☐ Aggressive Neigung	☐ verbal ☐ tätlich
Diagnose (ICD-10) / Anderes:	

Somatische Beschwerden (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Beschwerden	☐ ja	☐ nein	Wenn ja, welche?
Allergien	☐ ja	☐ nein	Wenn ja, welche?
☐ Sonstiges:			

Gewünschte Arbeitseinsätze (Zutreffendes bitte ankreuzen)

☐ Basisgruppe			
Interne Arbeitsplätze:			
☐ Haus- und Reinigungsdienst	☐ Kinderkrippe		
☐ Gärtnerei/Betrieb	☐ Küche		
☐ Wäscherei	☐ Andere _____		
Externe Arbeitsplätze:			
☐ Handwerklich	☐ Hotellerie	☐ Administrativ	☐ Andere _____
Vorgesehenes Arbeitspensum:		% oder Stunden/Woche	
Bemerkungen:			

Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (Zutreffendes bitte ankreuzen)

	unklar	schwach	stark	sehr stark
Selbständigkeit	☐	☐	☐	☐
Zuverlässigkeit	☐	☐	☐	☐
Lernfähigkeit	☐	☐	☐	☐
Leistungsfähigkeit	☐	☐	☐	☐
Sozialverhalten	☐	☐	☐	☐

Ziel des Arbeitseinsatzes:
Aufnahmekriterien

Die Gesuchstellerin / der Gesuchsteller ist

	ja	nein
• zwischen 18 und 65 Jahren	☐	☐
• bereit, wenn möglich einer geregelten Tätigkeit nachzugehen	☐	☐
• frei von suchtfördernden Substanzen (inkl. THC-freies Cannabis) und illegalen Drogen	☐	☐
• bereit, Abmachungen einzuhalten	☐	☐
• bereit, eine psychotherapeutische Behandlung weiter zu führen	☐	☐

Ausschlusskriterien

Nicht aufgenommen werden können

- Klientinnen und Klienten mit einer akuten Suchtproblematik
- Menschen mit gewalttätigem oder kriminellem Verhalten
- Personen mit akuter Selbstgefährdung

Die Klientin/der Klient

Name, Vorname:			
Datum:		Unterschrift:	

Die zuweisende Stelle

(Psychiatrische Kliniken, Ärzte, Sozialdienste, Beratungsstellen, etc.)

Die zuweisende Stelle bestätigt mit Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Name, Vorname:			
Adresse/PLZ/Ort:			
Datum:		Unterschrift:	
Telefonnummer: (bei Rückfragen)			

Anmeldungen bitte an:

Stiftung Helsenberg
Werkstätten
Willigen, CH-3860 Meiringen
Telefon +41 33 972 82 15
Telefax +41 33 972 82 20
werkstaetten.helsenberg@stiftung-helsenberg.ch