



# BEWERBUNGSBOGEN EXTERN

Bewerbungsformular für behinderte Mitarbeitende und Lernende mit externem Wohnsitz

## EINZUSENDEN AN:

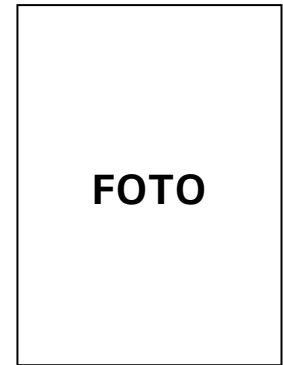
IWAZ

Schweizerisches Wohn- und Arbeitszentrum

für Mobilitätsbehinderte

Neugrundstrasse 4

8620 Wetzikon



FOTO

Geht an:  Personalwesen  Aus- und Weiterbildung ⇌ Personalwesen

Ihre Angaben werden absolut vertraulich behandelt!

 Bitte in Druckschrift ausfüllen!

### PERSONALIEN

Name:  Vorname:

Adresse:  PLZ/Ort:

Telefon:  E-Mail:

Geburtsdatum:  Zivilstand:

Konfession:  Beruf:

Heimatort:  Nationalität:

Wohnsitzkanton:  AHV-Nr.:

Aufenthalts- / Niederlassungsbewilligung  A  B  C

Krankenkasse:  Vers.-Nr.:

Besuchte Schulen, Berufsausbildung:

Bisherige Tätigkeiten:

## KONTAKTPERSONEN

### Bezugsperson

Name:  Vorname:   
Adresse:  PLZ/Ort:   
Telefon:  E-Mail:   
Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung:

**Gesetzliche Vertretung**  Ja  Nein  
Falls Ja, welche Art?  Eltern  Vormund  Beistand  Beirat

Name:  Vorname:   
Adresse:  PLZ/Ort:   
Telefon:  E-Mail:

### Hausarzt

Name:  Vorname:   
Adresse:  PLZ/Ort:   
Telefon:  E-Mail:

## BEHINDERUNG

Diagnose:

Behindert seit:

**Angaben zur Medikamenteneinnahme**

**Einnahme am:**

Name des Medikaments:	<input type="checkbox"/> Morgen	<input type="checkbox"/> Mittag	<input type="checkbox"/> Abend
Name des Medikaments:	<input type="checkbox"/> Morgen	<input type="checkbox"/> Mittag	<input type="checkbox"/> Abend
Name des Medikaments:	<input type="checkbox"/> Morgen	<input type="checkbox"/> Mittag	<input type="checkbox"/> Abend
Name des Medikaments:	<input type="checkbox"/> Morgen	<input type="checkbox"/> Mittag	<input type="checkbox"/> Abend
Name des Medikaments:	<input type="checkbox"/> Morgen	<input type="checkbox"/> Mittag	<input type="checkbox"/> Abend

Haben Sie Allergien, wenn Ja welche?

Brauchen Sie Therapien, wenn Ja welche?

**SOZIALE SITUATION**

Bisherige Wohnsituation:  bei Eltern  allein  WG

Kommunikationsfähigkeit Gehör:  gut  Hörgerät

Sprache:  gut  Störung

Besonderheiten:

Hobbies:

## VERPFLEGUNG

Brauchen Sie Diät, wenn ja welche?

Sind Sie Vegetarier/in?  Ja  Nein

Benötigen Sie zum Essen Hilfe?  Ja  Nein

## VERSICHERUNG

Name Ihrer IV-Stelle:

Name Ihres Berufsberaters:

### Rentensituation

IV-Rente  Ja  Nein Rentenanspruch in %

SUVA-Rente  Ja  Nein Rentenanspruch in %

BVG-Rente  Ja  Nein Rentenanspruch in %

Militärversicherung  Ja  Nein Rentenanspruch in %

## ALLGEMEINES

Warum möchten Sie ins IWAZ kommen?

Wann könnten Sie eintreten?

Wo dürfen wir uns allenfalls über Sie erkundigen (z.B. Arbeitgeber)?

Angaben zu Krankheiten (inkl. Suchtkrankheiten):

Besondere Bemerkungen:

**Bitte zusammen mit diesem Bewerbungsformular zusätzlich noch folgende Dokumente mitschicken:**

- **Kopie letzter Rentenverfügung** (ausser Lernende)
- **Kopie Schriftenempfangsschein** (ausser Lernende)
- **Kopie Ausländerausweis** (nur bei Ausländern)

Ort:

Datum:

Unterschrift:

(bei Minderjährigen oder Entmündigten durch gesetzliche Vertretung)