**Anmeldung JobCoaching bei den SDBU**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name |  | Vorname |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Strasse, Nr. |  | PLZ, Ort |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Geburtsdatum |  | Geschlecht | |  | SV- Nummer |
|  |  | **M** | **F** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Telefon Privat |  | Mobile |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Email |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nationalität |  | Aufenthaltsbewilligung |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zivilstand |  |  |
| **ledig** | **verheiratet** | **geschieden** |
| **getrennt lebend** | **verwitwet** | **andere** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Erlernter Beruf |  | Gewünschtes Pensum in % |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Zuletzt ausgeübte Tätigkeit |  | von |  | Bis |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Bereits durchgeführte Massnahmen |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **CV vorhanden (bitte der Anmeldung beilegen)** | **CV nicht vorhanden, bitte erstellen** |
| Auftrag / Ziel JobCoaching | | |
|  | |
|  | |

|  |
| --- |
| Bemerkungen (Gesundheitliche Einschränkungen, Kinderbetreuung, etc.) |
|  |
|  |
|  |

Beilagen: Aktueller Lebenslauf, Arbeitszeugnisse, Fähigkeitsausweis, Rückmeldungen/Berichte von durchgeführten Massnahmen sowie das ausgefüllte Formular zur Entbindung der Schweigepflicht sind mit der Anmeldung elektronisch an [jobcoaching@sdbu.ch](mailto:jobcoaching@sdbu.ch) einzureichen.

**Entbindung der Schweigepflicht**

**für die Zusammenarbeit zwischen JobCoaching und Sozialberatung**

**Zuständige/r Sozialarbeiter/in der zugewiesenen Gemeinde**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Gemeinde |  | Telefon |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name |  | Vorname |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Email |
|  |

**Zuständiger JobCoach Soziale Dienste Bezirk Uster**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name |  | Vorname |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Email |
|  |

**Klientin / Klient**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name |  | Vorname |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Strasse, Nr. |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| PLZ |  | Ort |  | SV-Nummer |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum: |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Sozialarbeiter/in |  | JobCoach |  | Klientin/Klient |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Mit ihrer/seiner Unterschrift bestätigt die Klientin/der Klient sein Einverständnis, für den gegenseitigen Austausch von Informationen zur beruflichen Arbeitsintegration zwischen dem JobCoach und den fallführenden Personen.