**Anmeldung zum JobCoaching**

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

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

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Email |  | Revisionsdatum |
|  |  | **Datum Revision** |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Deutschkenntnisse (zertifiziert) | | |
|  | | |
| Zivilstand |  |  |
| ledig | verheiratet | geschieden |
| getrennt lebend | verwitwet | andere |

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **CV vorhanden** | **CV nicht vorhanden, bitte erstellen** |
| **Auftrag / Ziel JobCoaching** | |
|  | |
|  | |

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

**Beilagen:**

Arbeitssuchbemühungen

Arbeitsverträge

Arbeitszeugnisse

Arztzeugnisse

Bewerbungen

Fähigkeitsausweis

IK-Auszug

JobWerkstatt (Dokumente / Monatsrückblick etc.)

Kündigungen

Lebenslauf (aktuell)

Lohnabrechnungen

usw.

**Die Anmeldung zum JobCoaching erfolgt per E-Mail an** [**jobcoaching@sdbu.ch**](mailto:jobcoaching@sdbu.ch)**, zusammen mit den Beilagen und der unterschriebenen Entbindung der Schweigepflicht.**

**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 |  | Klient:in |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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