

Liebe Bewerber

Sie interessieren sich für unser Ausbildungsangebot. Damit wir Ihre Anfrage rasch bearbeiten können, bitten wir Sie um die nachfolgenden zusätzlichen Informationen. Selbstverständlich werden die Angaben vertraulich behandelt. Besten Dank für Ihr Vertrauen.

Personalien	
Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Adresse:
Postleitzahl:	Wohnort:
Telefonnummer Mobil:	E-Mail:
Versicherung-Nummer: 756.	Sind sie Schweizer Bürger? Wenn ja, Bürgerort (auf Rückseite der ID vermerkt):
Wenn nicht CH-Bürger: Nationalität/ Heimatland:	Ausweis: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C Gültig bis:
<input type="checkbox"/> ich bin jetzt in der Oberstufe oder im Berufswahljahr <input type="checkbox"/> ich bin stellenlos <input type="checkbox"/> andere:	Glaubenszugehörigkeit: (fakultativ)
Sind sie schon bei der kantonalen IV-Stelle (Invalidenversicherung) angemeldet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja , bei welcher IV-Regionalstelle sind Sie angemeldet?	
Name IV- Berufsberater:	
Telefonnummer und E-Mail-Adresse des IV-Berufsberaters:	

Gesetzliche Vertretung	
<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Beistand <input type="checkbox"/> andere:	
Name:	Vorname:
Adresse:	Postleitzahl / Wohnort:
Telefonnummer Mobil:	E-Mail:

Verschiedene Fragen
Haben Sie schon einen Infonachmittag der Brunau-Stiftung besucht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wie sind Sie auf die Brunau-Stiftung gekommen? Von wem wurden wir empfohlen?

Gesundheit
Leiden Sie unter einem körperlichen Handicap ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welches?
Leiden Sie unter einer Hör- oder Sehbeeinträchtigung ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wie stark? <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittelgradig <input type="checkbox"/> hochgradig/schwer Welche?
Leiden Sie unter Allergien ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche?
Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche?
Wegen welcher Beeinträchtigung/Krankheit sind Sie bei der IV angemeldet (bitte um genaue Begründung)?
Falls Sie bei uns schnupfern werden: Wen sollen wir im Falle eines medizinischen Notfalls benachrichtigen? Name: _____ Tel: _____ E-Mail: _____
Welche Ausbildung / Massnahme planen Sie zu absolvieren? <input type="checkbox"/> Praktiker/in PrA Büroarbeiten <input type="checkbox"/> Kauffrau/Kaufmann EBA <input type="checkbox"/> Kauffrau/Kaufmann EFZ <input type="checkbox"/> mit BMS <input type="checkbox"/> Praktikum/ Handelsschule <input type="checkbox"/> Praktiker/in PrA Logistik <input type="checkbox"/> Logistiker/-in EBA <input type="checkbox"/> ICT-Fachfrau/ Fachmann EFZ <input type="checkbox"/> Berufliche Abklärung <input type="checkbox"/> Gezielte Vorbereitung <input type="checkbox"/> Integrationsmassnahme für Jugendliche <input type="checkbox"/> andere, z.B. Berufs-Praktikum, Ausbildungs-Coaching..... Ab wann? (bitte Datum ergänzen:) <input type="checkbox"/> Sommer 20.. <input type="checkbox"/> anderes Datum: _____
Möchten Sie während einer allfälligen Ausbildung in unserem Wohnhaus wohnen (ist ein freiwilliges Zusatzangebot)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nur bei kaufmännischer Ausbildung beantworten: Bereits bei Lehrbeginn sind gute Tastaturschreibekenntnisse vorausgesetzt. Verfügen Sie über die geforderten Kenntnisse (100 Anschläge pro Minute/max. 6 Fehler bei einer 10-Minuten-Abschrift, 10 oder 5-Fingersystem, blind)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wie können wir Sie am besten kontaktieren? <input type="checkbox"/> per Mail <input type="checkbox"/> telefonisch. Wann sind Sie am besten erreichbar? Datum: _____ Unterschrift: _____

Formular per Post einsenden oder per Mail an:

→ Post: Brunau-Stiftung, Beratung für berufliche Massnahmen, Edenstrasse 20, Postfach, 8027 Zürich

→ E-Mail: beratung@brunau.ch