

**Danke für Ihr Interesse an einer Mitarbeit im Ländli Züri.  
Möchten Sie sich detaillierter informieren oder bewerben?**

### **Treten Sie mit uns in Kontakt**

Rufen Sie uns unverbindlich an. So können wir in einem ersten Kontakt klären, ob wir eine passende Arbeitsmöglichkeit für Sie haben. Gerne zeigen wir Ihnen auch unseren Betrieb vor Ort.

» Kontakt: Frau Marianne Stöckli, 044 269 69 23

### **Bewerbung**

Bei verbindlichem Interesse füllen Sie bitte unser Bewerbungsformular aus. Das Formular senden Sie bitte an folgende Adresse:

Ländli Züri  
Arbeitsintegration  
Feldeggstrasse 87  
8008 Zürich

» Nach Eintreffen der Anmeldung melden wir uns bei Ihnen und vereinbaren einen Gesprächstermin

### **Aufnahme**

In einem Vorstellungsgespräch möchten wir Sie kennen lernen und entscheiden danach über eine Aufnahme für einen Arbeitsplatz. Der Arbeitseinstieg erfolgt immer über eine Schnupperzeit (1 bis 2 Wochen).

» Fragen?

Rufen Sie uns an - 044 269 69 23



# Bewerbung für einen leistungsangepassten Arbeitsplatz

Bewerbung für den Bereich:

- Küche
- Service, Buffet
- Hauswirtschaft

Name, Vorname: 

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Gesetzlicher Wohnsitz: \_\_\_\_\_  
(Wohnsitz an dem Ihre Schriften deponiert sind)

Strasse \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

Email-Adresse: \_\_\_\_\_

Heimatort / Nationalität: \_\_\_\_\_

Zivilstand: \_\_\_\_\_

AHV-Nummer: \_\_\_\_\_

Bank- oder Postkonto: \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
IBAN-Nr. \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Name, Sektion \_\_\_\_\_  
Versicherten-Nr. \_\_\_\_\_

Unfallversicherung: \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_

Haftpflichtversicherung: \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_

**Zutreffendes bitte ankreuzen:**

Bei Ausländern:

- Aufenthaltsbewilligung C
- Aufenthaltsbewilligung B

Ich erhalte:

- eine IV-Rente
- Ergänzungsleistungen zur IV
- Taggelder der IV
- finanzielle Unterstützung des Sozialamtes

Ich habe:

- eine IV-Rente beantragt
- Anspruch auf eine berufliche Massnahme der IV

## Kontakte

Adressen von Privat- und Fachpersonen, mit denen ich in Kontakt stehe:

Angehörige:	Name, Vorname	Rolle:
	.....	
	Adresse	
	.....	
	Telefon P:	/ G:
	.....	

Angehörige:	Name, Vorname	Rolle:
	.....	
	Adresse	
	.....	
	Telefon P:	/ G:
	.....	

Amtliche Bezugsperson (Beistand oder Sozialarbeiter)	Name, Vorname
	.....
	Adresse
	.....
	Telefon
	.....
	Art der Beistandschaft
	.....

Hausarzt:	Name, Vorname
	.....
	Adresse
	.....
	Telefon
	.....

Psychiater:	Name, Vorname
	.....
	Adresse
	.....
	Telefon
	.....

Therapeut: (Psychologe, Seelsorger)	Name, Vorname
	.....
	Adresse
	.....
	Telefon
	.....

Wohngruppenleitung	Name, Vorname
	.....
	Adresse
	.....
	Telefon
	.....

IV-Berufsberater/in oder andere Fachpersonen: (mit Funktion)	.....
	.....

## Gesundheitliche Situation / Probleme

Stationäre Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken, Therapiestationen oder Kliniken für Psychosomatik (mit Angaben von Ort und Zeitraum):

Meine aktuellen Probleme:

---

---

---

---

Diese Probleme bestehen seit:

---

## Ausbildungen / Berufstätigkeit

Schulen und Berufsausbildung:

---

---

---

---

---

Bisherige Arbeitgeber und Tätigkeiten:

.....	von	.....	bis	.....
.....	von	.....	bis	.....
.....	von	.....	bis	.....
.....	von	.....	bis	.....

Bemerkungen:

---

---

---

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Alle Angaben werden vertraulich behandelt und unterstehen dem Datenschutz.

## Entbindung der Schweigepflicht

Ich habe mich um die Aufnahme für einen **geschützten/leistungsangepassten Arbeitsplatz** im Ländli Züri, Feldeggstrasse 87, 8008 Zürich beworben.

In diesem Zusammenhang erkläre ich mich einverstanden, dass die Mitarbeitenden der Arbeitsintegration bei Fachpersonen, welche in den Anmeldepapieren vermerkt sind, Auskünfte über meine Situation einholen dürfen.

Das Ländli Züri legt bei einem im Begleitungsprozess der Arbeitsintegration Wert auf eine konstruktive Zusammenarbeit mit externen Fachpersonen. In der Regel steht die Arbeitsanleitung im Kontakt mit externen Instanzen. In Einzelfällen beteiligen sich auch weitere Mitarbeitende des Ländli Züri (z.B. Bereichs- oder Institutionsleitung).

Ich, \_\_\_\_\_ entbinde hiermit die oben erwähnten Mitarbeitenden des Ländli Züri von der Schweigepflicht und erkläre mich einverstanden, dass sie mit involvierten Ärzten, Therapeuten, Betreuenden des Wohnbereiches oder weiteren Fachpersonen (z.B. Beiständen, Sozialdiensten und IV-Stellen) notwendige Informationen über mich austauschen dürfen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Mitarbeitenden des Ländli Züri sämtliche Angaben über mich vertraulich behandeln und dass sie mir jeweils im Voraus bekannt geben, welche Gespräche geführt werden.

Besondere Bemerkungen:

---

---

Ort, Datum

Unterschrift:

---

---