**Ich bin interessiert an**

Unverbindliche Anfrage für

Wohnplatz

geschützter Arbeitsplatz Werkstatt

geschützter Arbeitsplatz Zentrale Dienste

geschützter Arbeitsplatz Tagesatelier

PrA Ausbildungsplatz: Start der Ausbildung ab dem ................................... (Monat / Jahr)

**Personalien Bewerber\*in**Geschlecht:  weiblich  männlich  nicht binär

Name: ......................................  
Vorname: ......................................  
Strasse / Hausnr.: ......................................  
Postleitzahl / Ort: ......................................  
Telefonnummer: ......................................  
Mobile-Nummer: ......................................  
E-Mail: ........................................................  
Geburtsdatum: ………………………….  
Konfession: ......................................  
Zivilstand: ......................................  
Sozial-Versicherungs-Nummer:   
756.........................................................  
ausserkantonal  JA /  NEIN  
**Gesetzlicher Wohnsitz:**Strasse / Hausnr. ......................................  
Postleitzahl / Ort: ......................................

**Staatsangehörigkeit:** ......................................Art der Aufenthaltsbewilligung ......................................  
Gültigkeit der Aufenthaltsbewilligung: …………………………  
Quellensteuerpflichtig  JA /  NEIN

**Wichtig**: Legen Sie bitte eine Kopie Ihrer Aufenthaltsbewilligung dieser Anmeldung bei.

**Gesetzliche Vertretung**

JA /  NEIN

**Wichtig:** Legen Sie bitte eine Kopie Ihrer der Ernennungs-oder Beistandsurkunde dieser Anmeldung bei.

Vorname: ......................................  
Organisation: ......................................  
Strasse / Hausnr.: ......................................  
Postleitzahl / Ort: ......................................  
Nachname: ......................................  
Telefonnummer: ......................................  
Mobile-Nummer: ......................................  
E-Mail: ........................................................

**Krankheitsbild**

kognitive Beeinträchtigung  psychische Beeinträchtigung

körperliche Beeinträchtigung  sonstiges

Diagnose (kurz)

|  |
| --- |
| .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

**Rente (IV) / Hilflosen-Entschädigung (HE) / Taggeldversicherungen**

IV Rente:  JA /  NEIN Rentengrad: ............... (in Prozent)

Hilflosen-Entschädigung:  keine  schweren Grades

mittleren Grades  leichten Grades

Leistungen aus Taggeldversicherungen:  JA /  NEIN

**Anfragende Person**  
Falls Sie stellvertretend oder zusammen mit der sich anmeldenden Person dieses Formular ausfüllen geben Sie bitte hier Ihre Kontaktdaten hier an.

Vorname: ......................................  
Organisation: ......................................  
Strasse / Hausnr.: ......................................  
Postleitzahl / Ort: ......................................  
Nachname: ......................................  
Telefonnummer: ......................................  
Mobile-Nummer: ......................................  
E-Mail: ........................................................

**Bemerkungen**

Der / Die Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit der vorstehenden Angaben. Sämtliche Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Datum: ………………………..... Unterschrift: ........................................................

Die Entgegenahme dieser Anmeldung sichert noch keine Aufnahme zu. Nach erfolgter Einsendung der Unterlagen findet ein Vorstellungs-bzw. Erstgespräch statt.

Die Anmeldung ist zu richten an: Stiftung Behindertenbetriebe Uri   
Herr Pascal Gisler  
Fachassistenz Werkstatt  
Rüttistrasse 57  
6467 Schattdorf

Stiftung Behindertenbetriebe Uri   
Herr Pascal Gisler  
Fachassistenz Werkstatt  
Rüttistrasse 57  
6467 Schattdorf

**Einsendung von Bewerbungsunterlagen**

Guten Tag Herr Gisler

Hiermit sende ich Ihnen meine Anmeldeunterlagen zu.

Freundliche Grüsse

Beilagen

Kopie der Ernennungs-oder Beistandsurkunde  
 Kopie der Aufenthaltsbewilligung