**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