

**Bewerbung als** \_\_\_\_\_

**Personalien allgemein**

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse/Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ Wohnort \_\_\_\_\_  
Telefon/Fax \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
Mobile \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Nationalität \_\_\_\_\_  
Heimatort \_\_\_\_\_  
AHV-Nummer \_\_\_\_\_  
Zivilstand \_\_\_\_\_  
Konfession \_\_\_\_\_



Name, Vornamen Kinder	_____	_____	_____	_____
Geburtsdatum	_____	_____	_____	_____

**Grundschulen**

Von	bis	Schule	Ort
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Berufsausbildung**

Von	bis	Beruf	Lehrbetrieb/Institution/Schule
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Selbststudium, Weiterbildung**

Dauer	Fach/Art
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Berufliche Tätigkeit Sozialbereich (die letzten 4)**

Von	bis	Tätigkeit/Funktion	Firma
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Berufliche Tätigkeit im Nicht-Sozialbereich (die letzten 3)**

Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Tätigkeit/Funktion \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Praxis im Familienbereich (Kindererziehung, usw.)**

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Tätigkeit \_\_\_\_\_

**In welcher Stellung befinden Sie sich jetzt:**  gekündigt  ungekündigt  ohne Anstellung**Gegenwärtiger Arbeitgeber:****Referenzen, die ohne Rückfrage angefragt werden dürfen**

Name \_\_\_\_\_ Firma/Institution \_\_\_\_\_ Tel. Nr. Geschäft \_\_\_\_\_ Tel. Nr. Privat \_\_\_\_\_

**Gründe für Ihren Stellenwechsel, für Ihren Umstieg?****Gesundheit:** Sind Sie jetzt gesund und 100% arbeitsfähig?  ja  teilweiseLiegt eine Krankheit bzw. eine gesundheitliche Beeinträchtigung vor, welche Ihre Arbeitsfähigkeit für die vorgesehene Tätigkeit beeinträchtigt?  ja  nein

Wenn Ja, Art der Leiden? \_\_\_\_\_

Ist in absehbarer Zeit mit Arbeitsunfähigkeit zu rechnen, z.B. durch eine geplante Operation oder Kur?  ja  nein

Wenn Ja, Grund, Zeitpunkt und voraussichtliche Dauer der Absenz? \_\_\_\_\_

Beziehen Sie Leistungen von der Eidg. Invalidenversicherung (IV), der Militärversicherung (MV), einer Unfallversicherung, einer Pensionskasse, einer ausländischen Sozialversicherung oder einer anderen Versicherung, oder haben Sie Leistungen beantragt?  ja  nein

Wenn ja, von wem? \_\_\_\_\_

Wenn ja, für welchen Invaliditätsgrad? \_\_\_\_\_ %

**Fahrbewilligungen**Besitzen Sie einen Führerausweis für PW?  Ja  Nein Wenn ja: Seit wann? \_\_\_\_\_Besitzen Sie einen Führerausweis für Kleinbusse? (D1)  Ja  Nein Wenn ja: Seit wann? \_\_\_\_\_**PC-Kenntnisse**Wie schätzen Sie Ihre PC-Kenntnisse ein?  Gut  Mittel  kaum KenntnisseWie kennen Sie sich aus mit Microsoft Office?  Gut  Mittel  keine Kenntnisse

**Anstellung**

Frühester Eintrittstermin

.....

Gewünschtes Arbeitspensum (%)

.....

Lohnvorstellung (13 x brutto pro Monat 100%)

Fr. ....

**Eigene Ergänzungen** (Hobbys, Bemerkungen, usw.)

.....  
.....  
.....

**Beilagen** (bitte vollständig mitsenden)

Kopien von Zeugnissen, Ausweisen, usw.

Ort, Datum

.....

Foto

Für Nichtschweizer: Kopie Ausländerausweis

Unterschrift

.....

Bitte zurücksenden an:

- Stiftung Sántisblick, Wohnheim Sántisstrasse 12-16, 9113 Degersheim
- Stiftung Sántisblick, Wohnheim Waldegg, Kirchweg 10, 9113 Degersheim
- Stiftung Sántisblick, Leitung Werkstätten, Fuchsackerstrasse 2, 9113 Degersheim
- Stiftung Sántisblick, Leitung und Verwaltung, Sántisstr. 12, 9113 Degersheim