

Anmeldung Beschäftigung II

Oltech GmbH, Olten

Regel-Sozialhilfe

ASYL-Sozialhilfe

| | |
|---|---|
| Name: | SV-Nr.: |
| Vorname: | Tel.Nr.: |
| Strasse: | Geschlecht: |
| PLZ, Ort: | Nationalität: |
| Geburtsdatum: | Niederlassung: |
| Erlerner Beruf: | Bisherige Tätigkeit: |
| Einsatz möglich ab: | Pensum: |
| Grund der Anmeldung: | <input type="checkbox"/> nicht vermittelbar <input type="checkbox"/> Übertritt in Qualifizierung <input type="checkbox"/> Weisung Sozialregion <input type="checkbox"/> anderer Grund: |
| Nach Möglichkeit Einsatz in Abteilung: | <input type="checkbox"/> wo Platz vorhanden <input type="checkbox"/> Oekoprojekt <input type="checkbox"/> Recycling <input type="checkbox"/> Montage <input type="checkbox"/> Reinigung <input type="checkbox"/> Velostation <input type="checkbox"/> Metall <input type="checkbox"/> Kabelkonfektion <input type="checkbox"/> Gastro |
| Gewünschte Kurse/Zusatzleistungen: <input type="checkbox"/> Motorsägekurs <input type="checkbox"/> Freischneiderkurs <input type="checkbox"/> Reinigungsgrundkurs <input type="checkbox"/> Gastrokurs <input type="checkbox"/> Deutschkurs | |

Gesundheitliche oder andere Einschränkungen:

Zielsetzungen für den Programmeinsatz:

Kostengutsprache:

Der zuweisenden Stelle werden CHF 50.--/Tag durch die Oltech GmbH in Rechnung gestellt.

Kosten für Asyl-Teilnehmende können über den Asylfonds abgerechnet werden (sind nicht von Plafonierung betroffen).

Gegen Krankheit und Unfall sind die Teilnehmenden für die Behandlungskosten durch die Kranken- und Unfallversicherung versichert, aber sie erhalten kein Versicherungstaggeld. Sie erhalten in diesem Fall wieder die normale Sozialhilfe, sofern die Voraussetzungen dafür erfüllt sind.

Unfallversicherung:

Die Teilnehmenden (TN) sind während ihres Einsatzes in der Oltech GmbH bei der SUVA gegen Berufs- und Nichtberufsunfall **nicht** versichert, da kein Arbeitsverhältnis besteht.

Die Sicherstellung der Unfallversicherung durch die Krankenkasse hat durch die zuweisende Stelle zu erfolgen. Der/die Unterzeichnende der zuweisenden Stelle bestätigt mit seiner/ihrer Unterschrift auf dieser Anmeldung, dass der TN unfallversichert ist.

Unterschrift Teilnehmender: _____

SozialarbeiterIn:

zuw. Stelle:

SachbearbeiterIn:

Adresse:

Tel.Nr.:

E-Mail:

Ort / Datum:

Unterschrift: