

**Anmeldung Beschäftigung I****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 Beschäftigung II <input type="checkbox"/> Weisung Sozialregion <input type="checkbox"/> anderer Grund:
Nach Möglichkeit Einsatz in Abteilung:	<input type="checkbox"/> wo Platz vorhanden <input type="checkbox"/> Metall <input type="checkbox"/> Oekoprojekt <input type="checkbox"/> Velostation <input type="checkbox"/> Montage <input type="checkbox"/> Reinigung <input type="checkbox"/> Recycling <input type="checkbox"/> Velolieferdienst <input type="checkbox"/> Kabelkonfektion <input type="checkbox"/> Gastro
Teilnahme am Deutschkurs:	<input type="checkbox"/> ja

**Gesundheitliche oder andere Einschränkungen:****Zielsetzungen für den Programmeinsatz:**

- Tagesstruktur
- Präsenz

**Kostengutsprache:**

Der zuweisenden Stelle werden CHF 35.--/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:  
SachbearbeiterIn:

zuw. Stelle: \_\_\_\_\_ Tel.Nr.: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Ort / Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_