ZÜRIWERK

Stiftung Züriwerk
Organisation Leben und Arbeiten
Baslerstrasse 30
8048 Zürich

T 044 405 71 00
stiftung@zueriwerk.ch
www.zueriwerk.ch

T direkt 044 405 71 21
ola.admin@zueriwerk.ch

Anmeldeformular für Arbeitsplatz

Personalien Mitarbeiter*in

Name

Vorname

Geburtsdatum

Sozialversicherungsnummer

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Heimatort (bei CH-Bürger)

Oder

Nationalität

- ☐ B Aufenthaltsbewilligung
- ☐ G Grenzgänger
- ☐ S Schutzstatus
- ☐ C Niederlassung
- ☐ L Kurzaufenthalt

Zivilstand

Zivilstand gültig ab (Datum)

Angaben Ehepartner*in:

Name/Vorname

Geburtsdatum

Nationalität / Ausländerstatus

Aktuelle Wohnadresse

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Gesetzlicher Wohnsitz

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Gesetzliche Vertretung / behördliche Massnahme

☐ Keine Beistandschaft ☐ Vertretungsbeistandschaft
☐ Begleitbeistandschaft ☐ umfassende Beistandschaft
☐ Mitwirkungsbeistandschaft

Amt

Name

Vorname

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Angaben zur Invalidität

☐ IV-Rente, %
☐ IV-Rentenbescheid pendent ☐ mit Vorbescheid ☐ ohne Vorbescheid
☐ Invalid ohne Rentenanspruch (mit Bestätigung der Invalidität)
☐ keine Rente

Hilflosenentschädigung

☐ keine ☐ leicht ☐ mittel ☐ schwer

Rechnungen gehen an

☐ gesetzliche Vertretung
☐ Interessent*in

Lohnauszahlung

Name der Bank

IBAN-Nummer

Konto lautend auf
(muss zwingend Name Mitarbeitende beinhalten)

Lohnabrechnung / Lohnausweis

Kopie **Lohnausweis (jährlich)** an vertretungsberechtigte Person gewünscht
☐ ja ☐ nein

Kopie **monatliche Lohnabrechnung** an vertretungsberechtigte Person gewünscht
☐ ja ☐ nein

Die Kopien werden HIN-Verschlüsselt per E-Mail versandt. Bitte geben Sie uns an, an welche E-Mailadresse wir diese senden sollen.

E-Mail:

Medizinische Angaben

Bekannte Krankheiten

☐ Diabetes
☐ Epilepsie
☐ Allergie(n)
☐ Impfungen nach schweizerischen Impfplan

Anderes

☐ nichts bekannt

Diagnose(n), Art der Beeinträchitgung

Medikamente

Wir müssen von dir wissen, was für Hilfe du bei den Medikamenten brauchst.

☐ Ich brauche **KEINE** Unterstützung von der Stiftung Züriwerk.

Das bedeutet, du hast keine Krankheit, bei der du Unterstützung brauchst.
Das bedeutet, du hast keine Krankheit, die zu gesundheitlichen Problemen führen kann.
Du bestätigst, dass:

☐ du selbstständig bist beim Einnehmen von notwendigen Medikamenten.
☐ du selbst Notsituationen erkennst, die mit deiner Krankheit zusammenhängen.
☐ das Fachpersonal von Züriwerk die Ambulanz ruft, wenn eine Notfallsituation eintritt.
☐ das Fachpersonal von Züriwerk im Notfall Erste Hilfe leistet.
☐ wir dich nicht individuell unterstützen können, da wir keine Informationen über deine Krankheit und die Medikamente haben.

☐ Ich brauche Unterstützung.
➔ Bitte fülle das Zusatzblatt Medikamente Betriebe aus.

Kontaktperson bei Notfällen (falls vorhanden)

Name

Vorname

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Beziehung zu Mitarbeiter*in

Weiteres / Bemerkungen

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Formular an:

Stiftung Züriwerk, Organisation Leben & Arbeiten, Baslerstrasse 30, 8048 Zürich
oder per E-Mail an: ola.admin@zueriwerk.ch

Bei Fragen erreichen Sie uns unter der Nummer: 044 405 71 21.