|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Anmeldung durch: | Name, Vorname | | Datum: 22.10.2024 |
| Strasse  PLZ, Ort |  | Kostenträger  oder IV-Stelle |  |
| Mailadresse |  | Telefon |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Personalien der versicherten Person | | Vers.-Nr. | | | | |
| Name, Vorname |  | Geburtsdatum | 22.10.2004 | | | |
| Strasse |  | Muttersprache | d | f | i | rät. |
| PLZ/Ort |  | andere |  | | | |
| Tel.-Nr. |  | Mobile |  | | | |
| E-Mail |  | Sprache |  | | | |
| Heimatort |  | Kanton |  | | | |
| Staat |  | Ausländerausweis |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Gesetzliche Vertretung (Mutter und/oder Vater oder Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde KESB | | | | |
| Name, Vorname |  | | Rolle | Mutter |
| Strasse |  | | Tel.-Nr. |  |
| PLZ/Ort |  | | E-Mail |  |
|  |  | |  |  |
| Name, Vorname |  | | Rolle | Vater |
| Strasse |  | | Tel.-Nr. |  |
| PLZ/Ort |  | | E-Mail |  |
|  |  | |  |  |
| Beistandschaft | Ja | Nein | Firma |  |
| Name, Vorname |  | | Rolle |  |
| Strasse |  | | Tel.-Nr. |  |
| PLZ/Ort |  | | E-Mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Weitere Kontaktpersonen (Name, Vorname, Adresse, Telefon, Mail) | |
| Lehrperson |  |
| Therapeut:in |  |
| Andere |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Teilnehmende beim Erstgespräch | | | |
| Mutter | Vater | Kostenträger | Beistandschaft |
| Lehrperson | Therapeut:in |  |  |
| Dolmetscher:in  Sprache | Ja  Nein | Kontakt Dolmetscher:in | |

|  |  |
| --- | --- |
| Gewünschte Massnahme | |
| Gewünschte Branche |  |
| Frühintervention | Coaching-Leistung (905.030.5) |
| Berufliche Massnahmen | Coaching-Leistung (905.030.5) während einer EBA, EFZ-Ausbildung |
|  | Supported Education, Vorlehre (905.062.2) |
|  | PrA Supported Education (905.062.2.1) |
|  | PrA-Plus Supported Education (905.062.2.2) |
| Andere | Coaching (905.071.5) |
|  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Vorgesehener Eingliederungsweg | | | | |
| Fragestellung / Auftrag / Eingliederungsweg |  | | | |
| Voraussichtliches Ziel der Massnahme | | Eingliederung | mit (Teil-)Rente | ohne Rente |
| Ausgangslage | | | | |
| Bildung  Schule und Beruf |  | | | |
| Berufliche Erfahrung  Schnupperlehren |  | | | |
| Diagnose und Symptome  Auswirkungen auf den Arbeitsplatz, besondere Anforderungen |  | | | |
| Therapien / Medikamente |  | | | |
| Aktuelle Wohnsituation |  | | | |
| Besonderes |  | | | |