|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Anmeldung durch: | Name, Vorname  | Datum: 22.10.2024 |
| StrassePLZ, 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:inSprache | [ ]  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 |
| BildungSchule und Beruf |  |
| Berufliche ErfahrungSchnupperlehren |  |
| Diagnose und SymptomeAuswirkungen auf den Arbeitsplatz, besondere Anforderungen |  |
| Therapien / Medikamente |  |
| Aktuelle Wohnsituation |  |
| Besonderes |  |