

## Anmeldeformular

### Bereich

Regelsozialhilfe       Asylsozialhilfe

### Akkreditierte Angebote

Potentialabklärung / Arbeitsplatz  
 Jobcoaching (Einzel und in Gruppen)

Ausbildungskurse nach Offerte  
(Bewilligung für Kurse sind beim ASO einzuholen)

| X | buchbar mit/ohne Potentialabklärung          | X | nur buchbar mit Potentialabklärung              |
|---|--|---|---|
|   | <b>Basic Check®</b>                          |   | <b>AKAD-Lehrmittel</b> (Attest oder Zertifikat) |
|   | <b>ICDL: Base, Standard oder Advanced</b>    |   | <b>LinkedIn-Learning</b>                        |
|   | <b>Cognifit (kognitiver Einstufungstest)</b> |   |   |
|   | <b>weitere validierte Tests auf Anfrage</b>  |   |   |

| Teilnehmer/Teilnehmerin   | <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau     |
|---|---|
| Name, Vorname   |   |
| Strasse, Nr., PLZ, Ort  |   |
| Tel. Nr. / Mobile   |   |
| E-Mail  |   |
| Geburtsdatum  |   |
| Nationalität  |   |
| Aufenthaltsbewilligung  |   |
| Sozialversicherungs-Nr.   |   |
| Erlernter Beruf   |   |
| Zuletzt ausgeübte Tätigkeit/Jahr  |   |
| PC-Kenntnisse<br>(mind. Grundkenntnisse in<br>E-Mail/Internet und Word) |   |
| Sprachniveau in Deutsch<br>(mind. Niveau B2)                            |   |
| Potentialabklärung / Arbeitsplatz<br>Dauer (max. 6 Monate)              | > 50% Pensum à _____ Tage (mind. 2 pro Woche)                   |
|   | < 50% Pensum à _____ Tage (mind. 2 pro Woche)                   |
| Jobcoaching   | <input type="checkbox"/> Einzel <input type="checkbox"/> Gruppe |

|   |   |                               |
|---|---|-------------------------------|
| Gewünschter Start-Termin                            |   |                               |
| Durchführungsort                                    | <input checked="" type="checkbox"/> Solothurn |                               |
| Möchten Sie am Vorstellungsgespräch dabei sein?     | <input type="checkbox"/> Ja                   | <input type="checkbox"/> Nein |
| Gewünschter Termin und Ort für Standortgespräch:    |   |                               |
| Ihre Zielsetzungen für die Massnahme:               |   |                               |
| Sonstige Bemerkungen (was wir noch wissen sollten): |   |                               |

Sozialberater/in (Name, Telefon, E-Mail)

## Adresse Sozialregion

*Hinweis: Programmteilnehmende sind im Einsatzbetrieb nicht versichert. Der Abschluss einer Unfallversicherung liegt in der Verantwortung der anmeldenden Behörde.*

## Datum

### Unterschrift Sozialberater/in

## Datum

**Unterschrift Teilnehmer/in**

Besten Dank für die Anmeldung. Wir werden uns zum weiteren Vorgehen mit Ihnen in Verbindung setzen.

Ihr Visio-Team Solothurn

