

**Bearbeiten Sie dieses Dokument in einem PDF-Reader (z.B. Adobe Acrobat), um es per E-Mail zu senden.**

## Anmeldung und Kostengutsprache für AOZ Kurzassessment

Bitte senden Sie die Anmeldung inkl. Ausweiskopie und dem Formular „Ergebnisse der Potenzialabklärung“ (Kurzassessment) per E-Mail an [admin.bai@aoz.ch](mailto:admin.bai@aoz.ch).

### Preise und Dauer der Kompetenzerfassung

| Leistungskomponenten   | Dauer   | Einheit | Preis CHF |
|--|---|---------|-----------|
| Abklärungsgespräche und Berichterstattung inkl. Empfehlungen | 1–2 Gesprächstermine und Berichterstattung innerhalb drei Wochen nach Anmeldung | Modul   | kostenlos |

| Personalien Teilnehmer / Teilnehmerin |               |                   |              |
|---------------------------------------|---------------|-------------------|--------------|
| Geschlecht                            | Name          | Vorname           | Geburtsdatum |
| Strasse                               | PLZ / Ort     | Telefon / Mobile  | E-Mail       |
| Staatsangehörigkeit                   | Einreisedatum | Aufenthaltsstatus | Zivilstand   |

| Fallführende Stelle |                 |                    |  |
|---------------------|-----------------|--------------------|--|
| Anrede Berater/in   | Name Berater/in | Vorname Berater/in |  |
| Strasse             | PLZ/ Ort        | Telefon            |  |
| Gemeinde            | Sozialstelle    | E-Mail             |  |

### Angaben zu dem/der Teilnehmer/in (sofern nicht bereits im Formular „Ergebnisse der Potenzialabklärung“ (Kurzassessment) aufgeführt).

|  |   |
|--|---|
| Mögliche Ziele der Abklärung                       |   |
| Deutschkenntnisse mündlich                         | <input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> gut  |
| Deutschkenntnisse schriftlich                      | <input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> gut  |
| Erworbenes Zertifikat Deutsch                      | <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 |
| Infos zum aktuellen Deutschkurs (Ort, Zeiten etc.) |   |

| Unterschriften   |   |
|--|---|
| Mit der Unterschrift verpflichtet sich die unterzeichnende Fallführende Stelle, den oben aufgeführten Preis innert 30 Tagen nach Erhalt der Rechnung zu bezahlen.  |   |
| Ort / Datum  | Stempel, Unterschrift Fallführende Stelle |
| Mit der Unterschrift willigt der/die Teilnehmer/in ein, dass ihre Daten zwischen der Fallführenden Stelle und dem beauftragten Angebot gemäss vorliegender Anmeldung ausgetauscht werden. Eine Verwendung der Daten ist ausschliesslich im Rahmen des Datenaustausches zwischen den oben genannten Stellen zulässig. Zudem verpflichtet sich der/die Teilnehmer/in, pünktlich zu den Beratungsterminen zu erscheinen und aktiv bei der Stellensuche mitzuwirken. |   |
| Ort / Datum  | Unterschrift Teilnehmer/in                |