



**CANTON DU VALAIS  
KANTON WALLIS**

Département de l'économie et de la formation  
Service de l'industrie, du commerce et du travail  
Collaboration interinstitutionnelle

Departement für Volkswirtschaft und Bildung  
Dienststelle für Industrie, Handel und Arbeit  
Interinstitutionelle Zusammenarbeit

## ZIELVEREINBARUNG VOM

### Verpflichtende Vereinbarung zu Massnahmen der Arbeitsintegration

Zwischen dem Assessment-Team:

und der betroffenen Person:      Name, Vorname \_\_\_\_\_  
   Adresse \_\_\_\_\_  
   SV-Nr.                    756.

Person oder Institution, die mit der Fallbearbeitung beauftragt ist:

<b>STANDORTBESTIMMUNGEN</b>	
<b>mobilisierbare Ressourcen</b>	
<b>fehlende Ressourcen</b>	
<b>Betreuungsstand in den verschiedenen Systemen</b>	
<b>Existenzminimum gesichert durch</b>	





CANTON DU VALAIS  
KANTON WALLIS

Département de l'économie et de la formation  
Service de l'industrie, du commerce et du travail  
Collaboration interinstitutionnelle

Departement für Volkswirtschaft und Bildung  
Dienststelle für Industrie, Handel und Arbeit  
Interinstitutionelle Zusammenarbeit

## HAUPTZIELE

## ZWISCHENZIELE

### 1. Zielvereinbarung

#### Massnahmenfinanzierung / Existenzmittel:

Mittel / Massnahme	Fristen	Aufgaben / Verantwortlichkeit	Kontroll- und Erfolgsindikatoren (wer, was, wann)
		Versicherte Person : Case Manager : Andere Partner :	

### 2. Zielvereinbarung

#### Massnahmenfinanzierung / Existenzmittel:

Mittel / Massnahme	Fristen	Aufgaben / Verantwortlichkeit	Kontroll- und Erfolgsindikatoren (wer, was, wann)
		Versicherte Person : Case Manager : Andere Partner :	





**CANTON DU VALAIS**  
**KANTON WALLIS**

Département de l'économie et de la formation  
Service de l'industrie, du commerce et du travail  
Collaboration interinstitutionnelle

Departement für Volkswirtschaft und Bildung  
Dienststelle für Industrie, Handel und Arbeit  
Interinstitutionelle Zusammenarbeit

<b>3. Zielvereinbarung</b>			
<b>Massnahmenfinanzierung / Existenzmittel :</b>			
<b>Mittel / Massnahme</b>	<b>Fristen</b>	<b>Aufgaben / Verantwortlichkeit</b>	<b>Kontroll- und Erfolgsindikatoren (wer, was, wann)</b>
		Versicherte Person : Case Manager : Andere Partner :	

Ort und Datum :

Unterschrift : \_\_\_\_\_

der angemeldeten Person  
(oder gesetzlichen Vertreters)

des Case Managers

Ort und Datum :

Unterschrift : \_\_\_\_\_

des IIZ-Büros

