

Hinweis zum Datenschutz: Die gemachten Angaben werden absolut vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben

Personalien:

Name, Vorname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____

Mobiltelefon: _____

E-mail: _____

Alter: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Aktuelle Lebenssituation:

Beziehen Sie zurzeit Arbeitslosengeld II?

nein ja

Seit wann sind Sie arbeitslos (Monat/ Jahr)? _____

Leben in Ihrem Haushalt minderjährige Kinder? (Wenn ja: wie viele, in welchem Alter?)

nein ja, Anzahl: _____ Alter: _____

Benötigen Sie zur Aufnahme einer Beschäftigung eine Kinderbetreuung?

nein ja

Ist gegen Sie zurzeit ein gerichtliches Strafverfahren o.ä. anhängig?

nein ja

Sind Sie zu Sozialstunden verurteilt worden, die Sie noch ableisten müssen?

nein ja: Anzahl _____ abzuleisten bis: _____

Gesundheitliche Situation/ Betreuungssituation:

Haben Sie gesundheitliche Einschränkungen?

- Hepatitis, nämlich _____
- HIV/AIDS
- andere körperliche Erkrankung(en), nämlich _____
- psychische Erkrankung(en), nämlich _____

Erhalten Sie Methadon oder einen anderen Drogensatzstoff?

nein ja, nämlich _____

Konsumieren Sie aktuell Drogen/ Alkohol/ Medikamente?

nein ja, regelmäßig ja, gelegentlich

Falls ja: Welche? _____

Falls nein: Seit wann sind Sie schon abstinent (Monat/ Jahr)? _____

Haben Sie bei der Krisenhilfe, Pavillon (Innere Mission) o.ä. einen festen Ansprechpartner?

nein ja, zuständiger Ansprechpartner: _____

Schulischer und beruflicher Werdegang:

Welchen Schulabschluss haben Sie?

- kein Abschluss
- Hauptschulabschluss nach Klasse 9
- Hauptschulabschluss 10A
- Mittlere Reife/ Hauptschulabschluss 10B/ Fachoberschulreife
- Fachabitur
- Abitur
- anderer, nämlich _____

Haben Sie eine Berufsausbildung oder Umschulung gemacht?

- nein ja

Falls ja: In welchem Beruf bzw. in welchen Berufen?

1. Berufsfeld _____ von/ bis (Monat/ Jahr) _____
 erfolgreich abgeschlossen vor Abschluss abgebrochen
2. Berufsfeld _____ von/ bis (Monat/ Jahr) _____
 erfolgreich abgeschlossen vor Abschluss abgebrochen
3. Berufsfeld _____ von/ bis (Monat/ Jahr) _____
 erfolgreich abgeschlossen vor Abschluss abgebrochen

Haben Sie ein Studium absolviert?

- nein ja

Falls ja: In welchem Studiengang bzw. in welchen Studiengängen?

1. Studiengang _____ von/ bis (Monat/ Jahr) _____
 erfolgreich abgeschlossen vor Abschluss abgebrochen
2. Studiengang _____ von/ bis (Monat/ Jahr) _____
 erfolgreich abgeschlossen vor Abschluss abgebrochen
3. Studiengang _____ von/ bis (Monat/ Jahr) _____
 erfolgreich abgeschlossen vor Abschluss abgebrochen

Führen Sie bitte nachfolgend Ihre bisherigen Berufs- bzw. Erwerbstätigkeiten (einschl. Teilnahme an Beschäftigungs-/ Qualifizierungsmaßnahmen) auf!

Berufs-/ Arbeitsfeld:	Arbeitgeber/ Betrieb:	von/ bis (Monat/ Jahr):
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Über welche beruflich verwertbaren zusätzlichen Qualifikationen verfügen Sie?

- handwerkliche Kenntnisse, nämlich _____
- kaufmännische Kenntnisse, nämlich _____
- Kenntnisse in MS Office
- Internet-Kenntnisse
- Kenntnisse in anderen PC-Programmen, nämlich _____
- Führerschein, nämlich Klasse(n) _____
- Fremdsprachen (gute Kenntnisse), nämlich _____
- sonstige Kenntnisse, nämlich _____

Einschätzungen/ Angaben für eine Teilnahme an der Maßnahme:

Wie schätzen Sie ihre Arbeitsfähigkeit aktuell selbst ein?

- in vollem Umfang arbeitsfähig
- über 20 bis 30 Stunden pro Woche arbeitsfähig
- 10 bis 20 Stunden pro Woche arbeitsfähig
- weniger als 10 Stunden pro Woche arbeitsfähig

Für welches Arbeitsfeld bzw. für welche Arbeitsfelder, die in der Maßnahme vorgehalten werden, interessieren Sie sich?

- kunsthandwerkliche Gestaltung und Datenverarbeitung (gestalterischer Schwerpunkt)
- Handwerk (Schwerpunkt: Holzbe-/ verarbeitung)
- Küche/ Hauswirtschaft

Welche Erwartungen haben Sie hinsichtlich einer Teilnahme an der Maßnahme?

Welche Ziele möchten Sie für sich durch eine Teilnahme an der Maßnahme erreichen?

Gibt es Gründe, die eine Teilnahme an der Maßnahme verhindern könnten (z.B. bevorstehende Therapie, Haftstrafe o.ä.)?

Datum _____

Unterschrift _____