

Anmeldebogen

Kundennummer

Nr. der Bedarfsgemeinschaft

(Falls bekannt)

Persönliche Informationen

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Familienstand: _____

Geschlecht: _____

Geburtsname: _____

Geburtsort: _____

Renten-/Sozial-
versicherungsnummer: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Zusätzliche Angaben ausländischer Arbeitnehmer:

Niederlassungserlaubnis Unbefristet

Aufenthaltserlaubnis Befristet bis: _____

Duldung

Erwerbstätig

Kontaktinformationen

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Telefon: * _____

Fax: * _____

Handy: * _____

Land: _____

Anschrift identisch mit Postanschrift

ja nein

E-Mail: * _____

Internetzugang: *

- Pflege einer(s) nahen Verwandten
 Sonstige Verpflichtung (z.B. Ehrenamt)
Anzahl der Stunden pro Woche, wann _____

Ich habe gesundheitliche Einschränkungen,
die für eine Vermittlung relevant sind:

Grad der Behinderung:

ja nein

Schwer-
behindert Gleich-
gestellt

Ich habe einen Antrag auf berufliche
Rehabilitation gestellt.

Bei welchem Leistungsträger haben Sie den
Antrag gestellt? _____

Liegt ein Bescheid vor?

Falls Ja, bitte zum Gespräch mitbringen)

ja nein

ja nein

In meinem familiären Umfeld sind folgende Gegebenheiten zu berücksichtigen:

Anzahl Kinder unter 15 Jahren im Haushalt: _____

Geburtsdatum jüngstes Kind: _____

Betreuung sichergestellt

Betreuung noch zu klären

*Angabe freiwillig

Mobilität

| | | | |
|--------------------------------|---|------------------------------------|--|
| Reise/Montage- bereitschaft | <input type="checkbox"/> uneingeschränkt | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> Nicht vorhanden |
| Führerschein und Fahrzeug | Führerschein (Zum Gespräch bitte mitbringen) | Fahrzeug vorhanden | |
| Kraftrad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ** bei Selbstständig- keit |
| PKW | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| LKW | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ** | |
| Omnibus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ** | |

Angaben zu Ihrer schulischen und beruflichen Aus- und Weiterbildung

| Zeitraum Von Tag.Monat.Jahr | Bis Tag.Monat.Jahr | Schule/Aus- Bildungsstätte (Name, Ort) | Ausbildung als (Bezeichnung) | Abschluss | |
|-----------------------------------|-----------------------|--|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | | Ja | ...Nein |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Angaben zu Ihrem beruflichen Werdegang bzw. Lebenslauf

(auch Zeiten ohne Erwerbstätigkeit z.B. Krankheit, Auslandsaufenthalt, Arbeitslosigkeit)

| Zeitraum Von Tag.Monat.Jahr | Bis Tag.Monat.Jahr | Beschäftigungsstelle (Name/Ort) | Tätigkeit als (Bezeichnung) |
|-----------------------------------|-----------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Beendigung des letzten Ausbildungs-/Arbeitsverhältnisses

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> In gegenseitigen Einvernehmen | <input type="checkbox"/> Befristetes Beschäftigungsverhältnis |
| <input type="checkbox"/> Durch Arbeitgeber | <input type="checkbox"/> Ungekündigtes Beschäftigungsverhältnis |
| <input type="checkbox"/> Durch eigene Kündigung | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |

Angaben zu Ihren Sprachkenntnissen

| | vorhanden | gut | sehr gut | hervorragend |
|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Deutsch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Englisch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Französisch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Türkisch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Russisch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der obenstehenden Angaben: _____
(Datum, Unterschrift)