



## Anmeldebogen

Kundennummer: \_\_\_\_\_  
Nr. der Bedarfsgemeinschaft \_\_\_\_\_  
(falls bekannt)

### Persönliche Informationen

Vorname: \_\_\_\_\_ Renten-/Sozialversicherungsnummer: \_\_\_\_\_  
Nachname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Familienstand: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
Geschlecht: \_\_\_\_\_  
Geburtsname: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_

Zusätzliche Angaben ausländischer Arbeitnehmer

Niederlassungserlaubnis  unbefristet  
 Aufenthaltserlaubnis befristet bis: \_\_\_\_\_  
 Duldung  Erwerbstätigkeit gestattet

### Kontaktinformationen

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_ Land: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_  Anschrift identisch mit Postanschrift  
Telefon:\* \_\_\_\_\_ \* Angabe freiwillig  
Fax:\* \_\_\_\_\_ E-Mail:\* \_\_\_\_\_  
Handy:\* \_\_\_\_\_ Internetzugang:\*  ja  nein  
IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_  
Kreditinstitut: \_\_\_\_\_ Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Pflege einer(s) nahen Verwandten  
 Sonstige Verpflichtung (z.B. Ehrenamt) \_\_\_\_\_  
Anzahl Stunden pro Woche, wann \_\_\_\_\_

Ich habe gesundheitliche Einschränkungen.  ja  nein  
Grad der Behinderung \_\_\_\_\_  schwerbehindert  gleichgestellt  
Ich habe einen Antrag auf berufliche Rehabilitation gestellt.  ja  nein  
Bei welchem Leistungsträger haben Sie den Antrag gestellt? \_\_\_\_\_  
Liegt ein Bescheid vor?  ja  nein  
(Falls Ja, bitte zum Gespräch mitbringen)

### In meinem familiären Umfeld sind folgende Gegebenheiten zu berücksichtigen:

Anzahl Kinder unter 15 Jahren im Haushalt: \_\_\_\_\_  Betreuung sichergestellt  
Geburtsdatum jüngstes Kind: \_\_\_\_\_  Betreuung noch zu klären

<b>Mobilität</b>			
Reise-/Montagebereitschaft	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Führerschein* und Fahrzeug	Führerschein	Fahrzeug vorhanden	* Führerschein bitte zum Gespräch mitbringen
Kraftrad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	** bei Selbständigkeit
PKW	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LKW	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> **	
Omnibus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> **	

<b>Angaben zu Ihrer schulischen und beruflichen Aus- und Weiterbildung</b>					
Zeitraum		Schule/Ausbildungsstätte (Institution bzw. Unternehmen, Ort)	Ausbildung als (Bezeichnung)	Abschluss	
von Tag.Monat.Jahr	bis Tag.Monat.Jahr			Ja	Nein
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Angaben zu Ihrem beruflichen Werdegang bzw. Lebenslauf</b> (auch Zeiten ohne Erwerbstätigkeit z.B. Krankheit, Auslandsaufenthalt, Arbeitslosigkeit)			
Zeitraum		Beschäftigungsstelle (Name, Ort)	Tätigkeit als (Bezeichnung)
von Tag.Monat.Jahr	bis Tag.Monat.Jahr		

<b>Beendigung des letzten Ausbildungs-/Arbeitsverhältnis</b>	
<input type="checkbox"/> in gegenseitigem 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:

<b>Angaben zu Ihren Sprachkenntnissen</b>				
	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"/>