



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

Mobilität			
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"/> **	

Angaben zu Ihrer schulischen und beruflichen Aus- und Weiterbildung					
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"/>

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

Beendigung des letzten Ausbildungs-/Arbeitsverhältnis	
<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:

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"/>