



Fragebogen beruflicher Werdegang

Wir wollen Sie dabei unterstützen, Ihren Lebensunterhalt wieder ganz aus eigenen Mitteln zu bestreiten und auskömmliche Arbeit zu finden. Selbst wenn eine Integration in Arbeit für Sie aus persönlichen Gründen derzeit nicht in Frage kommt, sind Ihre Angaben erforderlich, um die Zumutbarkeit einer Arbeit und späteren Perspektive zu beurteilen. Der Bogen ist daher von jeder Person auszufüllen, die mindestens 15 Jahre alt ist.

Angaben zur Person	
Familienname	Vorname
Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
Schulbildung/ höchster erreichter Schulabschluss	<input type="checkbox"/> Erreicht im Jahr _____ <input type="checkbox"/> im Ausland erreicht <input type="checkbox"/> ohne Abschluss
Berufsausbildung / Studium als	<input type="checkbox"/> Mit Abschluss im Jahr _____ <input type="checkbox"/> im Ausland erreicht <input type="checkbox"/> ohne Abschluss, Grund: _____ <input type="checkbox"/> mit Erfahrung im erlernten Beruf
Ziele	
Berufliche Ziele: Ich suche eine/n <input type="checkbox"/> Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> Ausbildungsplatz <input type="checkbox"/> selbständige Tätigkeit als: _____ oder als: _____ oder als: _____ Ab (Datum): _____ <input type="checkbox"/> in Vollzeit <input type="checkbox"/> in Teilzeit _____ Stunden pro Woche Ggf. weitere berufliche Ziele: _____	
Persönliche Ziele (*Angaben freiwillig)	
<input type="checkbox"/> Verbesserung der gesundheitlichen Situation*	<input type="checkbox"/> Verbesserung der familiären Situation*
<input type="checkbox"/> Verbesserung der Wohnsituation*	<input type="checkbox"/> Schuldenregulierung*
Aktueller Stand im Berufsleben - ich bin derzeit	Erforderliche Unterlagen
<input type="checkbox"/> in einem Arbeitsverhältnis als: _____ bei Firma (Name/Ort): _____ Umfang in Stunden pro Woche: _____	Arbeitsvertrag bzw. Lohnabrechnung
<input type="checkbox"/> in einem bestehenden, aber ruhenden Arbeitsverhältnis Grund: _____	Arbeitsvertrag/Vereinbarung mit Arbeitgeber
<input type="checkbox"/> in Elternzeit bis: _____	
<input type="checkbox"/> beurlaubt bis: _____ Grund: _____	
<input type="checkbox"/> arbeitsunfähig erkrankt seit: _____	ärztliche Bescheinigung

<input type="checkbox"/> Hausfrau/Hausmann	
<input type="checkbox"/> Berufsrückkehrer(in): Ich habe seit mehr als einem Jahr nicht oder nur geringfügig gearbeitet, weil ich mind. ein Kind unter 15 Jahren habe oder weil ich pflegebedürftige Angehörige betreut habe. Ich möchte jetzt wieder arbeiten	
<input type="checkbox"/> arbeitslos seit: _____	
<input type="checkbox"/> arbeitssuchend seit: _____	
<input type="checkbox"/> Schüler/Schülerin bis: _____	Schulbescheinigung
<input type="checkbox"/> in Ausbildung bis: _____	Ausbildungsvertrag
<input type="checkbox"/> Student/Studentin bis: _____	Studienbescheinigung
<input type="checkbox"/> Sonstiges, nämlich: _____	

Angaben zu Ihrem beruflichen Werdegang

Bitte geben Sie Ihre beruflichen Beschäftigungen der letzten 2 Jahre an. Wenn Sie in dieser Zeit nicht beschäftigt waren, tragen Sie bitte die letzte berufliche Beschäftigung davor ein. Personen unter 25 Jahren tragen bitte ggf. auch Zeiten des Schulbesuchs hier ein.

Zeitraum		Arbeitgeber/Einrichtung	Tätigkeit als	Umfang	Art der Tätigkeit
von Tag, Monat, Jahr	bis Tag, Monat, Jahr	Name, Ort	Berufszeichnung/Schulart, Schulabschluss	Stunden/Woche	siehe unten*

Erforderliche Unterlagen: Lückenloser Lebenslauf

* Art der Beschäftigung: P=Praktikum, M=Minijob, V=Vollzeit, T=Teilzeit, S=Selbständig, Sch= Schule, W=Weiterbildung oder Maßnahme der Arbeitsförderung bzw. der beruflichen Eingliederung, R=berufliche Rehabilitationsmaßnahme

Bitte benutzen Sie ein zusätzliches Blatt, wenn der Platz nicht ausreicht.

Falls Ihre letzte Stelle beendet wurde, was war der Grund für die Beendigung?	Erforderliche Unterlagen
<input type="checkbox"/> Befristete Beschäftigung wurde nicht verlängert	Arbeitsvertrag (Befristung), Kündigungsschreiben, Aufhebungsvertrag
<input type="checkbox"/> Kündigung durch Arbeitgeber, Grund: _____	
<input type="checkbox"/> Selbst gekündigt oder Aufhebungsvertrag geschlossen, Grund: _____	

Gesundheitliche Einschränkungen		Erforderliche Unterlagen
Gesundheitlich bin ich in der Lage, erwerbstätig zu sein und zwar in:	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit wie viele Stunden täglich: _____	Ärztliches Attest oder Gutachten
Meine gesundheitlichen Einschränkungen haben folgende Auswirkungen für die Vermittlung einer Arbeitsstelle:		Ärztliches Attest oder Gutachten
Liegt eine Behinderung vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Grad der Behinderung (GdB): _____	Ggf. Bescheid des Versorgungsamts oder Schwerbehindertenausweis
Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben nach SGB IX wurden	<input type="checkbox"/> beantragt bei: _____ <input type="checkbox"/> bewilligt durch: _____	Ggf. Bescheid des Rehabilitationsträgers

Mobilität	
Führerschein	<input type="checkbox"/> ja, Klasse(n): _____ <input type="checkbox"/> Fahrzeug vorhanden <input type="checkbox"/> Führerschein entzogen
Regionale Mobilität - ich bin:	<input type="checkbox"/> mobil <input type="checkbox"/> nicht mobil <input type="checkbox"/> mit Einschränkungen, nämlich: _____
Überregionale Mobilität:	<input type="checkbox"/> Umzug möglich <input type="checkbox"/> Saisonarbeit im Ausland ist möglich <input type="checkbox"/> Beschäftigung außerhalb des Wohnortes möglich (pendeln) <input type="checkbox"/> Montage ist möglich (Arbeit als Wochenend-Pendler)

Zeitliche Verfügbarkeit für eine Arbeit		
<input type="checkbox"/> ohne zeitliche Einschränkung	<input type="checkbox"/> am Vormittag	<input type="checkbox"/> am Nachmittag
<input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> Schichtarbeit	<input type="checkbox"/> Wochenendarbeit
Die Einschränkung wird begründet durch:		
<input type="checkbox"/> Erziehung eines oder mehrerer Kinder	<input type="checkbox"/> Pflege von Angehörigen	
<input type="checkbox"/> Sonstiger wichtiger Grund, nämlich: _____		

Nähere Angaben zur Betreuung des Kindes/der Kinder oder zur Pflege des Angehörigen		
Name, Vorname	Geb.-Datum	Kindergarten/Schule, Öffnungszeiten, Ferienbetreuung; Pflegestufe, zeitlicher Aufwand, Bemerkungen

Bitte benutzen Sie ein zusätzliches Blatt, wenn der Platz nicht ausreicht.

Kenntnisse

Deutsch	<input type="checkbox"/> Muttersprache	<input type="checkbox"/> verstehen	<input type="checkbox"/> sprechen	<input type="checkbox"/> lesen	<input type="checkbox"/> schreiben
Andere Sprachen		<input type="checkbox"/> Muttersprache	<input type="checkbox"/> sehr gute Kenntnisse	<input type="checkbox"/> mittlere Kenntnisse	
		<input type="checkbox"/> Muttersprache	<input type="checkbox"/> sehr gute Kenntnisse	<input type="checkbox"/> mittlere Kenntnisse	
		<input type="checkbox"/> Muttersprache	<input type="checkbox"/> sehr gute Kenntnisse	<input type="checkbox"/> mittlere Kenntnisse	

Bitte kreuzen Sie an:	keine Kenntnisse	Grundkenntnisse	Mittlere Kenntnisse	Umfassende Kenntnisse	Welche? Bitte geben Sie Stichworte an
Handwerk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pflege, Soziales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hotel, Gastronomie, Hauswirtschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lager, Logistik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Produktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verkauf, Handel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Büro, Verwaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EDV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dienstleistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige, z.B. auch durch Hobby oder Ehrenamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Beigefügte Unterlagen:

- Aktueller Lebenslauf
- Schulzeugnisse
- Nachweise über Berufsabschlüsse
- Arbeitszeugnisse
- Nachweise über gesundheitliche Einschränkungen – bitte im verschlossenen Umschlag mit Aufschrift „Arztunterlagen“
- Sonstiges: _____

Folgende Themen würde ich gerne mit meinem persönlichen Ansprechpartner besprechen:

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.

Ort/Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen auch eines gesetzl. Vertreters/einer gesetzlichen Vertreterin)