

### als Anlage zum Antrag auf Arbeitslosengeld II / Sozialgeld

#### Hinweis:

Die nachfolgenden Angaben sind u.a. für die mit Ihnen zu planenden Maßnahmen zur beruflichen Integration von Bedeutung. Sie werden daher gebeten, umfassende und vollständige Angaben zu machen und die erforderlichen Nachweise vorzulegen.

#### Persönliche Verhältnisse

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr |  |
| Name, Vorname, Geburtsname                                  |  |
| Anschrift   |  |
| Telefon, Mobiltelefon, Fax, e-mail                          |  |
| Geburtsdatum, -Ort, -Land, Herkunftsland                    |  |
| Staatsangehörigkeit   | <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> sonstige: _____ <input type="checkbox"/> seit _____  |
| Konfession  | <input type="checkbox"/> r.k. <input type="checkbox"/> ev. <input type="checkbox"/> sonstige: _____  |
| Führerschein  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Klasse _____  |
| Kraftfahrzeug vorhanden                                     | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Roller <input type="checkbox"/> Fahrrad |
| Behinderten-Ausweis   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Art der Behinderung: _____<br>Ursache: _____ G.d.B.: _____   |
| Kinder im Haushalt  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anzahl ____ Geburtsjahr(e) _____  |

#### Befähigungen

|   |                               |  |                          |
|---|-------------------------------|--|--------------------------|
| 1. Deutschkenntnisse:   | gut                           | mittelmäßig  | nicht vorhanden          |
| Verstehen   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |
| Sprechen  | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |
| Lesen   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |
| Schreiben   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |
| 2. Fremdsprachenkenntnisse  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, nämlich _____                   |                          |
| Verstehen   | sehr gut                      | gut  | mittelmäßig              |
| Sprechen  | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |
| Lesen   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |
| Schreiben   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |
| 3. Tastschreibkenntnisse  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja                                  |                          |
| 4. EDV-Kenntnisse   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, nämlich _____                   |                          |
| 5. Spezielle berufliche Kenntnisse und sonst. Befähigungen:<br>(z.B. Schweißerlehrgang, Stapler-, Personenbeförderungsschein Fortbildungen, etc.) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, nämlich _____<br>_____<br>_____ |                          |
| 6. Sonst. Befähigungen<br>(z.B. Erste-Hilfe-Ausbildung)   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, nämlich _____<br>_____          |                          |

**Schul-, Berufsausbildung, Fortbildung / Qualifizierung****Schul Ausbildung/en**

| Schulform | Mon./Jahr | Mon./Jahr | Schulstätte/-Ort | Abschluss? |
|-----------|-----------|-----------|------------------|------------|
|           |           |           |                  |            |
|           |           |           |                  |            |
|           |           |           |                  |            |

**Berufsausbildung/en, Fortbildung/en, Umschulung/en**

| erlernter Beruf | Mon./Jahr | Mon./Jahr | Ausbildungsstätte/-Ort | Abschluss? |
|-----------------|-----------|-----------|------------------------|------------|
|                 |           |           |                        |            |
|                 |           |           |                        |            |
|                 |           |           |                        |            |

**zuletzt ausgeübte/r Beruf/e, Berufserfahrung/en**

| Tätigkeit | Mon./Jahr | Mon./Jahr | Arbeitgeber/-Ort | Grund der Beendigung |
|-----------|-----------|-----------|------------------|----------------------|
|           |           |           |                  |                      |
|           |           |           |                  |                      |
|           |           |           |                  |                      |
|           |           |           |                  |                      |

**aktuelle Berufstätigkeit**

| Tätigkeit | seit | Arbeitgeber/ -Ort | Lohn/Gehalt (netto) |
|-----------|------|-------------------|---------------------|
|           |      |                   |                     |

**Einschränkungen**

|   |  |
|---|--|
| 1. Gesundheitliche Einschränkungen  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, siehe anliegende Atteste        |
| Suchterkrankungen   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, nämlich _____                   |
| Therapiebehandlungen  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, nämlich _____                   |
| 2. Sonstige Einschränkungen (Kindererziehung, Pflege von Angehörigen usw.)                                    |  |
| <input type="checkbox"/> Kindergartenbetreuung  | bis _____ Uhr für  |
| <input type="checkbox"/> Übermittagbetreuung  | bis _____ Uhr für  |
| <input type="checkbox"/> Platz in der Kindertagesstätte   | bis _____ Uhr für  |
| <input type="checkbox"/> gewöhnlicher Schulbesuch   | bis _____ Uhr für  |
| <input type="checkbox"/> Elternzeiten   | seit _____ bis _____ für   |
| <input type="checkbox"/> ausgeweitete Schulkindbetreuung  | bis _____ Uhr für  |
| <input type="checkbox"/> anderweitige Kinderbetreuung durch Verwandte, Nachbarn usw.                          |  |
| <input type="checkbox"/> Pflege von Angehörigen (bitte Gutachten von Rententräger, med. Dienst o.ä. beifügen) |  |
| <input type="checkbox"/> Sonstige:  |  |
| 3. Haben Sie Zahlungsverpflichtungen (Unterhalt, Schulden usw.)?  |  |
| <input type="checkbox"/> nein   | <input type="checkbox"/> ja, nämlich: _____  |
| <input type="checkbox"/> Insolvenzverfahren eröffnet durch Beschluss des Amtsgerichtes _____                  |  |
|   | vom _____  |
| <input type="checkbox"/> Eidesstattliche Versicherung abgegeben am _____                                      |  |
| 4. Haben Sie Vorstrafen oder stehen Sie unter Bewährungsaufsicht?   |  |
| <input type="checkbox"/> nein   | <input type="checkbox"/> Vorstrafen <input type="checkbox"/> Bewährungsaufsicht bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> abzuleistende Sozialstunden im Umfang von _____ Stunden                              |  |

5. Bestehen Kontakte zu anderen betreuenden Institutionen?

nein

ja, nämlich:

Fachbereich Jugend und Familie

hier:  Allgemeiner Sozialer Dienst  Beistandschaft

Sozial-psychiatrischer Dienst

Schuldnerberatung

Insolvenzberatung

Sucht- und Drogenberatung

Sozialberatung

sonstige \_\_\_\_\_

### Maßnahmen zur beruflichen Integration

1. Was wurde bisher unternommen, um neben den Vermittlungsbemühungen der Agentur für Arbeit eine dauerhafte Beschäftigung zu finden? **(Nachweise erforderlich)!**

\_\_\_\_\_

2. Gewünschte Tätigkeiten / Eigene Vorstellungen:

\_\_\_\_\_

Mögliche Arbeitszeit:

Vollzeit

Wochenendarbeit

Nachtarbeit

Schichtdienst

Teilzeit

Vormittag

Nachmittag

Abend

Flexibel

3. Eigene Einschätzung zu sonstigen Möglichkeiten der Beendigung der Arbeitslosigkeit

\_\_\_\_\_

### Datenschutzerklärung nach § 67 Abs. 2 Sozialgesetzbuch (SGB X):

Ich bin damit einverstanden, dass meine Sozialdaten über die Bestimmungen der § 50 ff. SGB II hinaus, Dritten (z.B. Arbeitgebern und Einrichtungen) verfügbar gemacht werden, soweit dies für meine Eingliederung in den Arbeitsmarkt erforderlich ist.

Ort, Datum

Unterschrift

### **Hinweis:**

**Bei Abgabe bzw. Einreichung des o.a. Berufsfragebogens fügen Sie bitte einen aktuellen tabellarischen Lebenslauf dazu.**