

Kundennummer: _____ Org-Zeichen: _____
Nummer der Bedarfsgemeinschaft (falls bekannt) _____
(wird von Ihrem Träger der Grundsicherung ausgefüllt)

Teil 1 – Persönliche Daten

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:* _____
Fax:* _____ E-Mail:* _____
Handy:* _____ Internetzugang:* ja nein

* Die Angabe ist freiwillig. Sie kann jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Mit der Angabe stimme ich der internen Nutzung zu.

Ich stimme der Weitergabe meiner **freiwilligen** Daten an potentielle Arbeitgeber (z.B. auf Vermittlungsvorschlägen) zu.

Zusatzinformationen

Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft: _____
(Vorname, Nachname, Geburtsdatum)

Beziehen Sie bzw. die Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft Arbeitslosengeld, Kindergeld oder Arbeitslosengeld II bzw. haben Sie es beantragt? ja nein

Falls ja, Angabe der Kundennummer/BG- oder Kindergeldnummer _____

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

Pflege einer(s) nahen Verwandten ja nein

Ich übe derzeit eine Tätigkeit aus ja nein

Anzahl Stunden pro Woche, wann _____

Ich kann diese Tätigkeit jederzeit beenden ja nein

Berufliche Informationen

Ich suche einen: Arbeitsplatz

Ausbildungsplatz

Mein Status:

arbeitslos seit/ab: _____

Arbeitslosigkeit endet am:
(falls bekannt) _____

Tätigkeit/Ausbildung: _____

Tätigkeit/Ausbildung endet am:
(falls bekannt) _____

Sonstiges: _____

Ich habe gesundheitliche Einschränkungen.

ja nein

Grad der Behinderung < 30 30 – 40 50 – 100

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)

Mobilität (Fähigkeiten)

Reise-/Montagebereitschaft

uneingeschränkt

zeitweise

nicht vorhanden

Führerschein* und Fahrzeug

Führerschein

Fahrzeug vorhanden

* Führerschein bitte zum Gespräch mitbringen

Kraftrad

PKW

LKW

**

Omnibus

**

** bei Selbständigkeit

Angaben zu Ihrem Lebenslauf

Höchster Bildungsabschluss

kein Schulabschluss

Klasse 11-13 ohne Abschluss

Hochschule ohne Abschluss

Abschluss Förderschule

Fachhochschulreife

Fachhochschule

Hauptschulabschluss

Fachabitur

Berufsakademie

Erweiterter Hauptschulabschluss

Abitur

Wissenschaftliche Hochschule/Universität

Mittlere Reife

Zeitraum des Schulbesuchs
oder des Studiums

Schulart

Ggf. Fachrichtung

von
Tag.Monat.Jahr

bis
Tag.Monat.Jahr

Angaben zu Ihrem Lebenslauf - Berufliche Aus- und Weiterbildung

(Bitte geben Sie alle absolvierten Berufsausbildungen, berufliche Qualifikationen einschließlich etwaiger nicht abgeschlossener Ausbildungen an)

Zeitraum		Ausbildungsstätte	Ausbildung als	Abschluss	
von Tag.Monat.Jahr	Bis Tag.Monat.Jahr	(Institution bzw. Unternehmen, Ort)	(Bezeichnung)	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 Lebenslauf - Beruflicher Werdegang

Bitte machen Sie hier Angaben zu Ihrer bisherigen Erwerbstätigkeit (Beschäftigungsverhältnisse, Selbständigkeit). Geben Sie bitte auch Tätigkeiten an, bei denen Sie berufliche Kenntnisse und Fertigkeiten erworben haben (z. B. Freiwilligendienst, Praktikum, ehrenamtliche Tätigkeit, Au-pair). Führen Sie ebenfalls Zeiten ohne Erwerbstätigkeit auf (z. B. Arbeitslosigkeit, längere Arbeitsunfähigkeit, Auslandsaufenthalt).

Zeitraum		Beschäftigungsstelle	Tätigkeit als
von Tag.Monat.Jahr	bis Tag.Monat.Jahr	(Name, Ort)	(Bezeichnung)

Beendigung des letzten Ausbildungs-/Arbeitsverhältnisses

- in gegenseitigem Einvernehmen
 befristetes Beschäftigungsverhältnis
 durch Arbeitgeber
 ungekündigtes Beschäftigungsverhältnis
 durch eigene Kündigung
 sonstiges: _____

Angaben zu Ihren Fähigkeiten

(Weiterbildung, Zertifikate, Lizenzen)

Zeitraum		Weiterbildungsstätte	Qualifikation/Gültigkeitsdauer
von Tag.Monat.Jahr	bis Tag.Monat.Jahr	(Name, Ort)	(Bezeichnung Zertifikat, Lizenz – gültig bis)

Angaben zu Ihren Fähigkeiten - Sprachkenntnisse

	Grundkenntnisse	Erweiterte Kenntnisse	Verhandlungssicher
Deutsch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Englisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Französisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Türkisch	<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"/>