

Bewerbungsbogen

zur Aufnahme in die Rehabilitationseinrichtung

"Club Handicap e.V." Unna

(Name, Vorname)

Angaben zur Person

Name Vorname ggf. Geburtsname

Geboren am Geburtsort

Staatsangehörigkeit Konfession

Familienstand:

ledig verheiratet verwitwet geschieden seit: _____

getrennt lebend seit: _____

Heimatanschrift:

Straße PLZ Ort

Telefon Telefax (falls vorhanden)

derzeit unter folgender Anschrift zu erreichen:

Name (z.B. Klinik / Wohnheim etc.) Straße

PLZ Ort Telefon Telefax

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?

Ja Geltungsdauer bis: _____

Beantragt

Nein

Unterstützende Personen

Ist Ihnen bei der Beantragung der RPK-Maßnahme ein/e Sozialarbeiter/in / sonstige Person behilflich?

Ja Nein

Name

Institution / Einrichtung

Telefon

Telefax

Besteht eine gesetzliche Betreuung: Ja Nein

Name des gesetzlichen Betreuers

Straße

PLZ

Ort

Telefon

Telefax

Aufgabenkreis(e):

Aufenthaltsbestimmung Gesundheitsfürsorge Vermögensverwaltung

andere: _____

Stehen Sie unter Bewährung: Ja Nein

Bewährungshelfer/in: _____

Name

Telefon

Krankenkasse

Name: _____

PLZ, Ort: _____

Straße/Postfach: _____

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> pflichtversichert | <input type="checkbox"/> freiwillig versichert |
| <input type="checkbox"/> familienversichert | Vers.-Nr.: _____ |

Bei Familienversicherung bitte Name und Geburtsdatum des Versicherten angeben:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Haben Sie über die Krankenkasse schon einmal eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt?

Nein Ja, und zwar vom _____ bis _____

in: _____

(Name und Anschrift der Einrichtung)

Rentenversicherung

Rentenversicherungsanstalt: _____

Rentenversicherungs-Nr.: _____

Arbeitsverwaltung

Mit welchem Arbeitsamt standen Sie zuletzt in Verbindung?

Wie lautet Ihre Stammmnummer bei der Agentur für Arbeit?

Finanzielle Situation

Wie bestreiten Sie zur Zeit Ihren Lebensunterhalt?

Arbeitseinkommen Vermögen, Ersparnisse

Unterhalt, von wem: _____

Sozialleistungen:

Krankengeld Sozialhilfe EU- Rente BU- Rente

Kindergeld Arbeitslosengeld I Arbeitslosengeld II

Sonstiges

Welche Stelle gewährt Ihnen die o.g. Sozialleistung?

Name (Behörde) PLZ Ort Straße

Die Leistung ist bewilligt ab: _____ bis: _____ unbefristet

Haben Sie eine der o.g. Sozialleistungen beantragt? _____

wann (Datum)

wo? _____

Haben Sie Schulden? ja nein

Gibt es eine Schuldenregulierung? ja nein

Schul- und Berufsausbildung

Fragen zum schulischen und beruflichen Werdegang

Welche Schule(n) haben Sie besucht?

| | Schuljahre von / bis |
|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Sonderschule | |
| <input type="checkbox"/> Hauptschule | |
| <input type="checkbox"/> Realschule (Mittelschule) | |
| <input type="checkbox"/> Gymnasium | |
| <input type="checkbox"/> Berufsfachschule | |
| <input type="checkbox"/> Fachschule | |
| <input type="checkbox"/> Fachoberschule | |
| <input type="checkbox"/> Fachhochschule | |
| <input type="checkbox"/> Hochschule | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Schulen | |

Erreichte Schulabschlüsse bzw. Art der abgelegten Prüfungen:

Welche Berufsausbildung(en) haben Sie gemacht?

| Berufsausbildung als | von / bis | Art der abgelegten Prüfung |
|----------------------|-----------|----------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| |
|---|
| Berufliche Qualifikationen und Tätigkeiten |
|---|

Welche Tätigkeiten haben Sie bisher ausgeübt?

| Art der Tätigkeit | von / bis |
|-------------------|-----------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Weitere berufliche Kenntnisse / Qualifikationen?

| | |
|-------------------------|--------------------------------------|
| Fremdsprachenkenntnisse | Sprache / Beherrschungsgrad |
| PC-Kenntnisse | |
| Lehrgänge | |
| Fernlehrgänge | |
| Kurse | |
| Sonstiges | |

Haben Sie bisher an Rehabilitationsmaßnahmen teilgenommen (z.B. Umschulung, Berufsfindung, Arbeitserprobung, Arbeitstrainingsmaßnahmen in einer WfB usw.)?

Ja, und zwar: _____ Nein
 Art der Maßnahme

Wer hat die Kosten getragen? _____
 Aktenzeichen

*Wo wurde(n) die Maßnahme(n) durchgeführt?

| Ort | von / bis | Ergebnis |
|-----|-----------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Waren Sie bei der Bundeswehr?

Ja: _____ Nein
 von/bis

Haben Sie Zivildienst geleistet?

Ja: _____ Nein
 von/bis

Haben Sie zur Zeit einen Arbeitsplatz?

Ja Nein

 Name des derzeitigen bzw. des letzten Arbeitgebers

 Straße/Postfach PLZ Ort

Gründe für die Aufgabe des Beschäftigungsverhältnisses:
