



Informationen zum Kunden/Fragebogen der Arbeitsvermittlung

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Anschrift: _____

Ich habe Arbeitslosengeld I beantragt: ja, Antragstellung am _____ nein

Ich beziehe Arbeitslosengeld I: ja, noch bis zum _____ nein

Schulische und berufliche Ausbildung:

Derzeit/zuletzt besuchte Schule: _____

(angestrebter) Schulabschluss: _____

Abgeschlossene Berufsausbildung: ja nein in Ausbildung

Wenn ja, welche: _____

Aktueller Ausbildungswunsch: _____

Aktueller Hauptberufswunsch: _____

Weitere berufliche Einschätzung:

- Berechtigungsscheine**
- Flurförderschein
 - § 34 a GewO - Sicherheitsfachkraft
 - § 43b und § 53 b SGB IX - Betreuungskraft
 - Schweißschein
 - Sonstiger Berechtigungsschein

Bemerkungen

Ihre Berufserfahrungen keine folgende

Bereich: _____ von _____ bis _____

Bereich: _____ von _____ bis _____

Bereich: _____ von _____ bis _____

Bitte fügen Sie einen aktuellen Lebenslauf bei.

Ihre Neigungen/Veranlagungen/Geschick

<input type="checkbox"/> Handwerk (u.a. Frisör ...)	<input type="checkbox"/> Lager- und Transport	<input type="checkbox"/> Kaufmännisch
<input type="checkbox"/> Hauswirtschaft	<input type="checkbox"/> Soziales und Pflege	<input type="checkbox"/> Landwirtschaft
<input type="checkbox"/> Dienstleistungen (u.a. Reinigung, Zusteller ...)	<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Produktionshelfer
<input type="checkbox"/> Gastronomie		

Bemerkungen

Wie würden Sie sich bzw. Ihre Arbeitsverhalten beschreiben?

Teamfähig ja nein
Arbeitstempo normal eingeschränkt schnell
Arbeitsgenauigkeit normal sehr genau ungenau
Verhalten im Betrieb einwandfrei problematisch

Bemerkungen

Gesundheit

Erwerbsfähigkeit in Prüfung:

Rententräger Gesundheitsamt Sozialamt seit: _____

Ist Ihre Erwerbsfähigkeit eingeschränkt?

- Keine Einschränkungen (6 und mehr Stunden täglich)
 Teilweise Einschränkung (3 bis 6 Stunden täglich)
 Erwerbsunfähigkeit (0 bis 3 Stunden täglich)

Feststellung durch: Arzt Gesundheitsamt Rententräger _____

Welche Einschränkungen haben Sie?

keine Feststellung durch Arzt durch Gesundheitsamt _____
 körperlich
 geistig
 seelisch

Bemerkungsfeld „Art der Einschränkung“

Bitte fügen Sie, soweit vorhanden, Nachweise bei (z.B. Schriftverkehr mit Rententräger).

Deutsche Sprachkenntnisse

Deutschniveau ohne A1 A2 B1 B2 C1 _____
 _____ belegt, Zertifikat vom _____

I-Kurs: abgeschlossen abgebrochen am _____
 Aktuelle Teilnahme, bis _____ Angemeldet zum _____

DeuFöV: abgeschlossen abgebrochen am _____
 Aktuelle Teilnahme, bis _____ Angemeldet zum _____

Sonstiger Sprachkurs: _____
 abgeschlossen abgebrochen am _____
 Aktuelle Teilnahme, bis _____ Angemeldet zum _____

Ich spreche folgende Fremdsprachen

Englisch Französisch Spanisch Russisch
 Polnisch Türkisch Persisch Arabisch
 Sonstige Sprachen (bitte benennen): _____

Mobilität – Familie - Soziales Umfeld

Mobilität

Führerschein vorhanden nein ja, Klassen _____
Führerschein entzogen nein ja, Grund _____
MPU erforderlich nein ja, weil _____

Fahrzeug vorhanden? ja nein

Art: PKW
 Motorrad
 Roller
 Elektrofahrrad
 Elektroroller
 Fahrrad
 sonstiges: _____

Eigentum? ja nein steht aber zur Verfügung von _____

Verkehrsanbindungen an Ihrem Wohnort Problemlos Problematisch

Bemerkungen

Kinderbetreuung

Gegeben? nein ja, Zeitraum von _____ bis _____ durch _____

Probleme? nein ja, Gründe

Bemerkungen

Eine Kinderbetreuung wurde beantragt? ja nein, warum nicht?

Bemerkungen

Wohnungssituation

Gibt es in Ihrem Wohnumfeld/ mit Ihrer Wohnung Probleme? nein ja, weil

Bemerkungen

Finanzen

Ich möchte keine Angaben machen

Oder:

Einschätzung der Finanzen: geordnet unklar, weil ungeordnet, weil

Bemerkungen

Verschuldung? nein ja

Schuldnerberatung eingeschaltet? nein, _____

ja, Stand _____

Privatinsolvenz? nein, _____

ja, Stand _____

Haben Sie Unterhaltsschulden? nein ja

Bemerkungen

Sonstige Problemlagen?

Bemerkungen

Datum _____

Unterschrift erwerbsfähige/r Leistungsberechtigte/r _____

Nur vom Jobcenter auszufüllen:										
Eintrag Ergebnis Potenzialanalyse in Prosoz am	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>