

BEWERBUNGSBOGEN

Für Ihre Bewerbung und Aufnahme sind bei uns einzureichen:

1. **Bewerbungsbogen**
2. **Tabellarischer Lebenslauf**
3. **Aktueller Arztbericht**
4. **Schweigepflichtentbindung für die behandelnden Ärzte**

Datum	
--------------	--

Grundangaben

Vorname und Name	
Geburtsdatum und Ort	
Straße, PLZ und Ort	
Telefon	
Staatsangehörigkeit	
Rentenversicherungsträger	
Zuständiges Arbeitsamt	

Nächster Angehöriger bzw. nächste Bezugsperson

Vorname und Name	
Straße, PLZ und Ort	
Telefon	

Thomas-Breit-Zentrum
Garmischer Straße 1 A, 86163 Augsburg
Telefon 0821 345 09-0
Telefax 0821 345 09-40

Betreuung

- Wurde ein/e gesetzliche/r Betreuer/in bestellt?
- Wurde einer nahe stehenden Person Vollmacht erteilt?

Wenn ja

Datum / seit wann	
Vorname und Name	
Straße, PLZ und Ort	
Telefon	

Der Wirkungs- oder Aufgabenkreis umfasst

<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung	<input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge	<input type="checkbox"/> Einwilligungsvorbehalt
<input type="checkbox"/> Vermögenssorge	<input type="checkbox"/> Vertretung gegenüber Behörden	<input type="checkbox"/> Sonstige

Familienstand

<input type="checkbox"/> Ledig	<input type="checkbox"/> Verheiratet seit	<input type="checkbox"/> Verwitwet seit
<input type="checkbox"/> Geschieden seit	<input type="checkbox"/> Getrennt lebend seit	

Kinder

Anzahl und Alter	
------------------	--

Lebensform

<input type="checkbox"/> Alleinlebend	<input type="checkbox"/> Mit Partner	<input type="checkbox"/> Bei den Eltern
<input type="checkbox"/> Mit Kindern	<input type="checkbox"/> Bei Verwandten	<input type="checkbox"/> Sonstiges:

Thomas-Breit-Zentrum

Garmischer Straße 1 A, 86163 Augsburg

Telefon 0821 345 09-0

Telefax 0821 345 09-40

Wohnsituation

<input type="checkbox"/> Eigene Wohnung	<input type="checkbox"/> Elterliche Wohnung	<input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft
<input type="checkbox"/> Möbliertes Zimmer	<input type="checkbox"/> Ambulant betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/> Heim
<input type="checkbox"/> Wohnungslos	<input type="checkbox"/> Sonstige:	

Ausbildung: Bitte legen Sie einen tabellarischen Lebenslauf mit Lichtbild bei.

Höchster erreichter Schulabschluss / wann:	
Erlernte Berufe:	
Abschlüsse:	

Beruf

<input type="checkbox"/> Nie erwerbstätig	
Derzeit oder zuletzt ausgeübter Beruf / Tätigkeit: Von / Bis:	
Sozialversicherungspflichtig:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Berufstätig Vollzeit:	<input type="checkbox"/> Befristet <input type="checkbox"/> Unbefristet
<input type="checkbox"/> Berufstätig Teilzeit - Stunden:	<input type="checkbox"/> Befristet <input type="checkbox"/> Unbefristet
<input type="checkbox"/> Berufstätig gelegentlich	<input type="checkbox"/> Mithelfender Familienangehöriger
<input type="checkbox"/> Hausfrau / -mann, nicht erwerbstätig	<input type="checkbox"/> Wehr- /Zivildienst, FSJ
Sonstiges:	

Übersicht über vorausgegangene Maßnahmen

Stationäre Klinikaufenthalte	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Name der Einrichtung:		
Von/ Bis:		
STATIONÄRE Wohnformen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Name der Einrichtung:		
Von/ Bis:		
Teilnahme an medizinischen, beruflichen oder sozialen Reha-Maßnahmen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Name und Art der Maßnahme und des Leistungserbringers:		
Von/ Bis:		
AMBULANTE Wohnformen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Name der Einrichtung:		
Von/ Bis:		
Ambulante psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Art der Behandlung:		
Von /Bis:		

Thomas-Breit-Zentrum
Garmischer Straße 1 A, 86163 Augsburg
Telefon 0821 345 09-0
Telefax 0821 345 09-40

Eigene Angaben

1. Was ist Ihre persönliche Zielvorstellung für Ihren weiteren Lebensweg?
Was wollen Sie in fernerer Zukunft erreichen?

Was wollen sie in näherer Zukunft erreichen, z.B. in den nächsten 6 Monaten?

2. Welche Talente, Fähigkeiten, Interessen haben Sie? Was können Sie gut?

-
3. In welchen Lebensbereichen brauchen Sie derzeit Unterstützung?
Welche Angebote sind für Sie hilfreich?
-

4. Fühlen Sie sich durch Ihre Erkrankung in Ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt
(z.B. Konzentration oder Ausdauer)? Können Sie beschreiben, wodurch?
-

5. Haben Sie körperliche Leiden, welche eine Beeinträchtigung Ihrer Arbeitsfähigkeit
zur Folge haben könnten (z.B. Sehschwäche oder Rückenleiden)?
-

6. Streben Sie eine Ausbildung oder Umschulung an? Wenn ja, in welchem Bereich?
-

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Bitte senden Sie diesen Bewerbungsbogen mit den aufgeführten Bewerbungsunterlagen per Post an folgende Anschrift: **Thomas-Breit-Zentrum, Garmischer Straße 1 A, 86163 Augsburg.**