



Zusatzblatt 6 -PB-

Stand 01.01.2023

Zusatzblatt
persönlicher Profildbogen ab 15 Jahre
Sozialgesetzbuches Zweites Buch (SGB II)

Die nachstehenden Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis. Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60 – 65 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) und der §§ 67a, b, c Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) für die Leistungen nach dem SGB II erhoben. Datenschutzrechtliche Hinweise finden Sie an unseren Servicestellen und im Internet auf unserer Homepage.	Eingangsstempel des KreisJobCenters
Reicht der Platz im Formular nicht? Dann schreiben Sie es bitte auf ein Extra-Blatt und legen es dazu.	

Hinweise:

- **Jede Person im Haushalt ab 15 Jahre füllt bitte einen eigenen Profildbogen vollständig aus!**
- **Bitte fügen Sie einen aktuellen Lebenslauf mit Lichtbild bei sowie Nachweise über Ihr Qualifikationen, z.B. Berufsabschlüsse, Zertifikate über Fort- und Weiterbildungen, Arbeitgeberzeugnisse. Bitte reichen Sie nur KOPIEN ein.**

1. Persönliche Angaben	
Anrede	Akademischer Titel (z.B. Prof., Dr. Dipl., Jur., Ma.)
Nachname (Familiename)	Vorname(n)
Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers:	
Geburtsdatum	Alter
Geburtsort	Geburtsland
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort

1.1. Kontaktdaten	
Die Angaben sind freiwillig und können jederzeit widerrufen werden. Wir geben Kontaktdaten keinesfalls an andere weiter. Die Kontaktdaten sind für Rückfragen bzw. zur Vermittlung in Ausbildung/Arbeit oder für Weiterbildungen sinnvoll und nur für uns.	
Telefonnummer	
Mobilnummer	
E-Mail	

1.2. Weitere persönliche Angaben	
Familienstand (z.B. ledig, verheiratet, getrennt, geschieden)	Staatsangehörigkeit (z.B. Deutschland)
Aufenthaltsstatus (wenn keine deutsche Staatsangehörigkeit)	Aufenthaltsstatus ist gültig bis (Datum)
gesetzliche*r Vertreter*in (z.B. die Eltern bei Minderjährigen, ein Vormund)	
gesetzliche*r Betreuer*in	

2. Lebenssituation
2.1. Kinder
Haben Sie Kinder, die in Ihrem Haushalt leben? <input type="checkbox"/> ja, dann bitte weiter ausfüllen <input type="checkbox"/> nein, dann bitte weiter ab Punkt 2.2.
Wenn ja, Name, Geburtsdatum und Alter des Kindes / der Kinder:
Sind Sie alleinerziehend? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lebt ein Kind oder leben mehrere Kinder nur zeitweise/wechselweise in Ihrem Haushalt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, geben Sie das/die Kind/er an und machen Sie Angaben zum Umfang:
Ist eine Kinderbetreuung durch Dritte (z.B. Krippe, Tagesmutter, Kindergarten, Schule, Schulbetreuung, Familie) sichergestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, maximale Betreuungszeit/en:

Name des Kindes	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Betreuung durch					
Uhrzeit von/bis					
Uhrzeit von/bis					

Name des Kindes	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Betreuung durch					
Uhrzeit von/bis					
Uhrzeit von/bis					

Name des Kindes					
	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Betreuung durch					
Uhrzeit von/bis					
Uhrzeit von/bis					

Name des Kindes					
	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Betreuung durch					
Uhrzeit von/bis					
Uhrzeit von/bis					

2.2. Zeitliche Verfügbarkeit

Ist Ihre zeitliche Verfügbarkeit eingeschränkt? (z.B. durch regelmäßig wiederkehrende Termine, regelmäßige Arzttermine, eine geplante Reha-Maßnahme oder Operation, geplante Ortsabwesenheit, Sozialstunden)

nein ja, und zwar (wann und warum):

2.3. Pflege von Angehörigen

Pflegen Sie eine / einen Angehörigen (oder mehrere)?

nein ja – wenn ja, bitte Angabe/n zum Umfang (zeitlich) und Angabe/n zum Pflegegrad:

3. Persönliche Qualifikationen (Schulbildung, Berufsausbildung, Studium, Fortbildung, Weiterbildung, Ehrenamt, Erfahrungen)

3.1. Schule

Haben Sie einen Schulabschluss? ja nein Wenn nein (Schule abgebrochen), zuletzt besuchte Klasse:

Wenn ja, erreichter Abschluss

Wann wurde der Abschluss erreicht (Zeitpunkt bzw. Jahr)

Besuchen Sie aktuell eine Schule? nein ja, und zwar

Wenn ja: Welche Schule? Welcher Schulzweig? Voraussichtlicher Abschluss (Zeitpunkt)?
(Bitte fügen Sie eine aktuelle Schulbescheinigung bei)

Haben Sie <u>im Ausland</u> eine Schule besucht?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wie viele Jahre haben Sie die Schule besucht:		Schulklassen	
Haben Sie von dort einen Schulabschluss?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welchen Abschluss:			
Wenn ja, liegen Ihnen darüber Nachweise vor?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn nein, können Sie diese erhalten?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, liegt eine beglaubigte Übersetzung vor?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, ist dieser Abschluss bereits in Deutschland anerkannt?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls nicht anerkannt, wurde bereits ein Anerkennungsverfahren eingeleitet? (Feststellung der Gleichwertigkeit)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

3.2. Ausbildung / Umschulung			
Haben Sie in der Vergangenheit eine Berufsausbildung aufgenommen?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, Berufsausbildung zum/zur:			
	von:		bis:
bei Ausbildungsbetrieb, Firma, Schule usw.			
Abschluss? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (und warum nicht)			

Sind Sie derzeit in einer schulischen / betrieblichen Ausbildung / Umschulung?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja: Angaben zum Ausbildungsberuf, zum Ausbildungsbetrieb/Firma/Schule usw., voraussichtliches Ende (Zeitpunkt):			
Wenn ja: Ist Ihr Abschluss gefährdet und warum? (z.B. wegen Fehlzeiten, Konflikten im Ausbildungsbetrieb, Nachhilfebedarf):			

Haben Sie <u>im Ausland</u> einen Berufsabschluss erworben?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welchen Abschluss:			
Wenn ja, liegen Ihnen darüber Nachweise vor?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn nein, können Sie diese erhalten?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, liegt eine beglaubigte Übersetzung vor?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, ist dieser Abschluss bereits in Deutschland anerkannt?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls nicht anerkannt, wurde bereits ein Anerkennungsverfahren eingeleitet? (Feststellung der Gleichwertigkeit)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

3.3. Studium	
Haben Sie in der Vergangenheit ein Studium aufgenommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welcher Studiengang:	
Schwerpunkt des Studiums:	
Abschluss? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (und warum nicht)	
Art des Abschlusses:	
Zeitpunkt, Jahr:	

Haben Sie <u>im Ausland</u> ein Studium abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welchen Abschluss:	
Wenn ja, liegen Ihnen darüber Nachweise vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn nein, können Sie diese erhalten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, liegt eine beglaubigte Übersetzung vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, ist dieser Abschluss bereits in Deutschland anerkannt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls nicht anerkannt, wurde bereits ein Anerkennungsverfahren eingeleitet? (Feststellung der Gleichwertigkeit)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

3.4. Sonstiges
<p>Verfügen Sie über zertifizierte Qualifikationen, die Sie im Rahmen von Fort- und Weiterbildung oder Schulungen erworben haben?</p> <p>Zum Beispiel: AdA-Schein, Unterrichtung nach §34a GewO, Bescheinigung nach § 43 IfSG: Hygienepass, SAP-Zertifikate, allgemeine EDV-Zertifikate, Fahrausweis für Flurförderzeuge: Staplerschein, Motorsägenschein, Erste-Hilfe-Kurs, Sprachzertifikate, Trainerlizenzen, Schweißzertifikate: MIG/MAG/E-Schweißen/WIG, Betreuungsassistenten/-kraft nach §§ 43b, 53b SGB XI, AdR-Schein (Gefahrguttransport), Personenbeförderungsschein, Ortskenntnisprüfung, Maschinenführerschein, Nachweise über besuchte vhs-Kurse usw.)</p> <p>(Bitte reichen Sie Kopien von den Nachweisen / Zertifikaten ein)</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar:</p>
<p>Verfügen Sie über weitere Qualifikationen ohne gesonderten Nachweis?</p> <p>Zum Beispiel: Erfahrungen aus selbständiger Tätigkeit, Erfahrungen in der Pflege von Angehörigen, Nachbarschaftshilfe, Familienarbeit</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar:</p>
<p>Ehrenamt / gemeinnütziges Engagement / Hobbys?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar:</p>

4. Sprache

Muttersprache: _____

Deutsch als Fremdsprache: nein ja

Wenn ja: Haben Sie an einem oder mehreren Deutsch-Sprachkursen teilgenommen? nein ja

Wenn ja, Art des Deutschkurses, Träger/Anbieter des Sprachkurses, Zeitpunkt (z.B. (Integrationskurs, Alphabetisierung, Intensivsprachkurs, Deutschförderung-DeuFö, Berufsbezogener Sprachkurs, studienvorbereitender Sprachkurs)

(Bitte reichen Sie Kopien von den Nachweisen / Zertifikaten ein)

Wenn ja, Zeitraum des letzten Sprachkurses: _____

Träger/Anbieter des letzten Sprachkurses: _____

Abschluss	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ausstellungsdatum Zertifikat	_____
-----------	---	------------------------------	-------

Zertifikat (A1, A2, B1, B2, C1, sonstiges): _____

Planen Sie die Aufnahme eines Deutschkurses? nein ja

Wenn ja, bitte Angaben zur Art des Deutschkurses, Zeitpunkt, Träger/Anbieter des Sprachkurses, Ort

Gründe:

Selbsteinschätzung zu Ihren aktuellen Sprachkenntnissen

Veränderungen zum vorhandenen Zertifikat zum Beispiel durch regelmäßige berufliche und/oder private Sprachanwendung ist zu berücksichtigen. Ebenso die nicht aktive Sprachanwendung seit Zertifikaterhalt.

1 = Grundkenntnisse (A1-A2) oder **2** = mittlere Kenntnisse(B1-B2) oder **3** = gute bis sehr gute Kenntnisse (C1-C2)

	in Wort (mündlich) Sprechen	in Schrift (schriftlich) Schreiben
Deutschkenntnisse (sofern nicht Muttersprache)		
Fremdsprache, welche		
Fremdsprache, welche		
Fremdsprache, welche		

5. EDV- / IT-Kompetenzen			
Selbsteinschätzung zu Ihren aktuellen EDV-/IT-Kenntnissen - bitte ankreuzen			
	keine Kenntnisse	Grundkenntnisse	erweiterte Kenntnisse
Textverarbeitung (z.B. MS-Word, Writer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabellenkalkulation (z.B. Excel, Calc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Präsentation (z.B. MS-Powerpoint, Impress)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige (z.B. Datev, Outlook, Bildbearbeitung, Grafikprogramme, CAD) welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Digitale und technische Fähigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stehen Ihnen zu Hause folgende Hard- / Software zur Verfügung?	
PC oder Laptop	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kamerafunktion, Mikrofon	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Drucker	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Internetzugang mit W-LAN	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Smartphone	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tablet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
MS-Office, Apache, Open Office	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

6. Mobilität	
Führerschein(e) vorhanden : <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar folgende: bitte ankreuzen	
Klasse 1 (alt) <input type="checkbox"/>	Klasse 2 (alt) <input type="checkbox"/>
Klasse 3 (alt) <input type="checkbox"/>	Bus (alt) <input type="checkbox"/>
A1 <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
B <input type="checkbox"/>	C1 <input type="checkbox"/>
C1E <input type="checkbox"/>	CE <input type="checkbox"/>
	D <input type="checkbox"/>

Wenn ja (Führerschein vorhanden):	Fahrerfahrung / Fahrpraxis <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zeitpunkt Führerscheinwerb	Führerscheinverlust am
Eigenes Fahrzeug vorhanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Steht Ihnen ein Fahrzeug Dritter zur Verfügung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nutzen Sie Carsharing	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nutzen Sie öffentliche Verkehrsmittel wenn ja	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Bus <input type="checkbox"/> Bahn
Wie schätzen Sie die Anbindung Ihres Wohnortes an den Öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) ein? (möglicher Pendelbereich: Nahzone, hessenweit deutschlandweit)	

7. Timeline der letzten 7 Jahre
Zeitleiste zu Beschäftigungen, Kindererziehungszeiten, Praktika, Schulausbildung, Berufsausbildung, Studium, Umschulung, Krankheitsphasen von mehr als 6 Wochen, Zeiten der Arbeitslosigkeit (Wenn der Platz nicht ausreicht, schreiben Sie es bitte auf ein Extra-Blatt und legen es dazu).

8. Berufliche Interessen / angestrebte Tätigkeit	
Ich suche eine Ausbildung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, Berufswunsch:	
Wenn ja, in welchem Umfang <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit	
bei Teilzeit: bevorzugter Stundenumfang pro Woche	Stunden
Gründe für eine Teilzeit-Ausbildung	
Ich habe bereits einen Ausbildungsplatz in Aussicht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, Angaben zum Beruf, Ausbildungsunternehmen und Zeitpunkt des Beginns der Ausbildung	

Ich suche eine Arbeitsstelle <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, Tätigkeiten im Bereich (1)	
Wenn ja, Tätigkeiten im Bereich (2)	
Wenn ja, Tätigkeiten im Bereich (3)	
Arbeitszeiten – ich kann <input type="checkbox"/> Vollzeit arbeiten (35 bis 40 Stunden pro Woche)	
<input type="checkbox"/> Teilzeit arbeiten, und zwar	Stunden pro Woche
mögliche Arbeitszeiten	
Schichtbereitschaft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bevorzugter Radius/Umkreis für die Arbeitsplatzsuche	km (Umkreis)
Ich nehme eine Wegezeit (vom Wohnort zur Arbeitsstelle) von	in Kauf (Stunden / Minuten)
Ich würde für einen Arbeitsplatz umziehen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Ich suche Alternativen ja nein

zum Beispiel:
Aufnahme oder Fortsetzung einer selbständigen Tätigkeit, Fortbildung, Weiterbildung, Umschulung, Sprachkurs

Wenn ja, welche:

9. Gesundheitliche Einschränkungen

Gibt es gesundheitliche Einschränkungen, die Auswirkungen auf Ihre Arbeits- und/oder Erwerbsfähigkeit haben?

nein ja, bei folgenden Tätigkeiten

<input type="checkbox"/> ja, festgestellter Grad der Behinderung	Höhe des GdB		Merkzeichen	
--	--------------	--	-------------	--

Ist eine Gleichstellung erfolgt? nein ja

Art der Behinderung
zum Beispiel: seelische Erkrankung, Sehbehinderung, Lernbehinderung, Körperbehinderung, neurologische Erkrankung

Wurde bereits ein ärztliches Gutachten oder ein psychologisches Gutachten zur Frage der Erwerbsfähigkeit erstellt?	> ärztliches Gutachten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am (Datum):	
	> psycholog. Gutachten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am (Datum):	

Bitte fügen Sie entsprechende Nachweise in Kopie bei.
Zum Beispiel: Bescheid des Versorgungsamtes über festgestellte Schwerbehinderung, Gutachten zur Frage der Erwerbsfähigkeit (z.B. von der Agentur für Arbeit oder der Rentenversicherung), ärztliche Atteste oder Befunde

10. Weitere Gründe zu Einschränkungen - Diese Angaben sind freiwillig

Gibt es weitere Gründe, die sich erschwerend auf die Aufnahme einer Tätigkeit auswirken können?

nein ja, und zwar folgende

<input type="checkbox"/> Therapie	<input type="checkbox"/> Verschuldung	<input type="checkbox"/> Vorstrafen	<input type="checkbox"/> Medikation
-----------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

sonstige, zum Beispiel: Schufa-Eintrag, Wohnsituation, Analphabetismus, Lebenssituation)

Weitere Informationen:

11. Aktuelle Bewerbungsbemühungen, laufende Bewerbungsverfahren

In den letzten 3 Monaten habe ich mich ca. _____ mal beworben.

Bereiche:	

Ich erwarte folgende Rückmeldungen:

Tätigkeit:		Firma:	
Tätigkeit:		Firma:	
Tätigkeit:		Firma:	

Ich habe folgende Absagen bekommen:

Tätigkeit:		Firma:	
Tätigkeit:		Firma:	
Tätigkeit:		Firma:	

Falls Sie sich aktuell nicht aktiv bewerben, warum nicht:

Welche Gründe behindern Ihre Ansicht nach eine Anstellung?

12. Informationen, die Sie uns noch gerne mitteilen möchten? Wenn der Platz nicht reicht, legen Sie ein Extra-Blatt dazu.

Ich/wir versichern, dass die Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.
 Künftige Änderungen oder neue Tatsachen werde ich / werden wir unverzüglich mitteilen.

<p>_____ Ort/Datum</p> <p>X _____</p> <p>Unterschrift Antragsteller / Antragstellerin</p>	<p>_____ Ort/Datum</p> <p>_____</p> <p>Unterschrift des gesetzlichen Vertreters bei Minderjährigen oder des/der vom Amtsgericht bestellten Betreuers*in</p>
--	---

Vielen Dank. Den nachfolgenden Abschnitt bitte frei lassen. Diesen füllen wir, das KreisJobcenter, aus.

Wird vom KreisJobCenter ausgefüllt!

13. Angestrebte Ziele / Handlungsfelder

13.1. Berufliche Integrationsziele	
Beschäftigungsaufnahme	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ausbildungsaufnahme	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Einstiegsqualifizierung (EQ)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Praktikum	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Umschulung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Fort- und Weiterbildung (u.a. AVGS, Bildungsgutschein)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Existenzgründung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Maßnahme / Arbeitsgelegenheit (AGL)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
andere:	

13.2. Beratungsbedarf	
Arbeitgeberpersonalservice (AGPS)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Team4You (T4Y)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Jugendberufshilfe (JBH)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Fallmanagement für Migration	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Fallmanagement für Selbständige	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Fachdienst Reha / SB	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rehapro – Auszeit für Gesundheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rehapro – SERVE	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
psychosoziales Coaching	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wiedereinstieg nach Elternzeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
BCA	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bildung und Teilhabe (BuT)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kind und Karriere (KuK)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
JobCafés für Frauen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Büro für Integration	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Arbeitsmarktbüro / Joboffice	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anerkennungsberatung für ausländische Schul-/Berufs-/Studienabschlüsse	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Dolmeterservice (DoIMA)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sprache:	
Hinweis:	
Weiteres:	
Gebärdendolmetscher*in	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hinweis:	
Weiteres:	

Anderer Beratungsbedarf:

13.3. Persönliche Ziele / Flankierende Leistungen	
Verbesserung der gesundheitlichen Situation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Verbesserung der familiären Situation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Verbesserung der Wohnsituation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schuldenregulierung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Migrationsberatung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Behebung von sozialen Schwierigkeiten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstiges:	

Ort, Datum	Fallmanager*in	Unterschrift Fallmanager*in