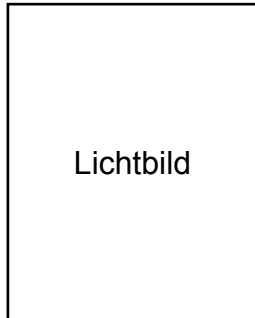


BEWERBUNGSBOGEN

Herzlich Willkommen im Fahrradzentrum B7! Danke für Ihre Bewerbung. Wir bitten Sie, die zutreffenden Felder vollständig auszufüllen bzw. richtig anzukreuzen.

Das Fahrradzentrum B7 ist ein sozialökonomischer Betrieb. Das heißt, die angebotenen Arbeitsplätze sind auf max. 12 Monate befristet. In dieser Zeit haben Sie die Möglichkeit, sich wieder auf den ersten Arbeitsmarkt einzustellen und Ihre aktuelle soziale Situation zu stabilisieren. Da diese Arbeitsplätze gefördert sind, ist eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 30% erforderlich. Wir bitten Sie daher, Kopien Ihrer ärztlichen Befunde oder Bescheide des Bundessozialamtes sowie Dienstzeugnisse bisheriger Dienstnehmer bzw. einen Versicherungszeitennachweis der OÖGKK beizulegen.



Ich bewerbe mich im Fahrradzentrum B7 als:

- VerkaufshelferIn
 Fahrradwerkstatthilfe
 Reinigungskraft

Ich war bereits im Fahrradzentrum B7 beschäftigt: ja nein.

als: _____

Jahr: _____

A) Angaben zur Person

.1	Vor- und Familienname	Akad. Grad
.2	Straße, Hausnummer, Stock, Tür	Postleitzahl, Ort
.3	Sozialversicherungsnummer/Geburtsdatum: Geboren in (auch Land):	Staatsbürgerschaft / sonstiger Aufenthaltsstatus:
.4	E-mail:	Telefonnummer:
.5	Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> sonstiges	
.6	Name und Geburtsdatum des Ehe- bzw. Lebenspartners:	
.7	Kinder: <input type="checkbox"/> ja, Name/Geburtsdatum: _____ <input type="checkbox"/> nein	
.8	Bank:	Bankleitzahl: Kontonummer:

B) Angaben zu den körperlichen Einschränkungen

.9	Art der Erkrankung:	Grad der Behinderung: %
.10	Medikamente: <input type="checkbox"/> ja, Bezeichnung: _____ <input type="checkbox"/> nein	derzeitige Beschwerden:
.11	Behindertenpass: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Pensionsantrag wurde gestellt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
.12	Sind Sie derzeit in thearapeutischer Behandlung: <input type="checkbox"/> ja, (Art der Therapie) _____ <input type="checkbox"/> nein	ArztIn/TherapeutIn:

C) Angaben zu den körperlichen Einschränkungen

.13	Sind Sie derzeit in Betreuung od. Beratung: <input type="checkbox"/> ja, (Art der Betreuung) _____ <input type="checkbox"/> nein	Kontaktperson:
.14	Haben Sie Suchtprobleme: _____ Art der Sucht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Sind Sie derzeit aufgrund Ihrer Sucht in therapeutischer Betreuung: <input type="checkbox"/> ja, (Art der Therapie) _____ <input type="checkbox"/> nein	TherapeutIn:

D) Angaben zu Bewerbung und sozialer Situation

.15	Ich habe vom Fahrradzentrum B7 erfahren durch:	<input type="checkbox"/> AMS <input type="checkbox"/> Zeitungsinserate <input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> sonstige Einrichtungen _____
.16	AMS-BeraterIn:	AMS-Dienststelle:	arbeitslos seit:
.17	Art des Bezugs:	Höhe des Bezugs:	sonstige Bezüge od. Einkommen:
.18	Haben Sie Schulden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sind Sie deswegen in Beratung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	BeraterIn:
.19	Haben Sie Vorstrafen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bewährungshilfe: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	BewährungshelferIn/Telefon:

E) Schul-/Berufsbildung, Praktische Kenntnisse und Fähigkeiten

.20	Volksschule	_____ Jahre	Abschluss: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Hauptschule	_____ Jahre	Abschluss: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Polytechnischer Lehrgang	_____ Jahre	Abschluss: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Gym/HAK/HAS/HTL/HBLA	_____ Jahre	Abschluss: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Sonderschule	_____ Jahre	Abschluss: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Studium	_____ Jahre	Abschluss: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	sonstige Schulausbildung	_____ Jahre	Abschluss: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Art:			
.21	Lehrabschlußprüfung <input type="checkbox"/> ja, als _____ <input type="checkbox"/> nein		
.22	Besuchte AMS Maßnahmen:		
.23	Sonstige Ausbildung (Kurse Seminare, etc.)		
.24	EDV-Kenntnisse: <input type="checkbox"/> ja, (Programme) _____ <input type="checkbox"/> nein		

25	Führerschein(e):	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C1+E	<input type="checkbox"/> F
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> B+E	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> sonstige _____
	<input type="checkbox"/> Vorstufe A	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D+E	befristet: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> C+E	<input type="checkbox"/> E	

F) Angaben zu früheren Beschäftigungen (Bei mehr als 6 Dienstgebern bitte die letzten 6 angeben)

von TT/MM/JJJJ	bis TT/MM/JJJJ	Arbeitgeber	Art der Tätigkeit
Auflösungsgrund:			
Auflösungsgrund:			
26	Auflösungsgrund:		
	Auflösungsgrund:		
	Auflösungsgrund:		
Auflösungsgrund:			
Auflösungsgrund:			
Auflösungsgrund:			

G) Berufliche Ziele

	Wie bereits erwähnt, ist das Dienstverhältnis im Fahrradzentrum B7 auf 12 Monate befristet. In der Endphase des Dienstverhältnisses unterstützen wir Sie beim Wiedereinstieg in den ersten Arbeitsmarkt. Wir bitten Sie, folgende Angaben Ihrer gesundheitlichen bzw. sozialen Situation entsprechend realistisch zu machen. Danke
.27	In welchen Tätigkeiten oder Berufssparten können Sie sich eine berufliche Zukunft mit Ihrer Einschränkung vorstellen?
.28	In welchen Bereichen sehen Sie Ihre Stärken?

.29	Welche Defizite (z.B. Fachwissen, ...) sollten die in den nächsten Monaten aufholen, um am ersten Arbeitsmarkt wieder Fuß fassen zu können?
-----	---

H) sonstige Angaben

.31	Hobbies:
.32	Sportliche Ambitionen
.33	Tätigkeiten in Vereinen oder religiösen Gemeinschaften :

Bitte folgende Unterlagen als Kopien beilegen:

- Erwerbsminderungsnachweis mind. 30% (Ärztliche Befunde oder Bescheide des Bundessozialamtes)
- Dienstzeugnisse bisheriger Dienstnehmer
- Versicherungszeitennachweis der OÖGKK

1. Die vorstehenden Angaben sind vollständig und wahrheitsgetreu.
2. Ich erkläre mich einverstanden, dass die angeführten Daten automationsunterstützt verarbeitet werden.

Ort und Datum

Unterschrift