



## Teilnehmerstammblatt P H Ö N I X

Persönliche Daten				
Vorname:		Name:		
Wohnadresse:				
Geschlecht:		Tel.:		
SV-Nr.:	Geburtsdatum:	Geburtsort:	Staatsbürgerschaft:	Muttersprache:
nach Österreich gekommen:		Aufenthaltstitel:		

Familienstand	
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft	

Beruf(e):	
Erlern(e)r Beruf(e):	
Zuletzt ausgeübter Beruf:	Von:                      Bis:
	Letzter Verdienst:
Firma:	Adresse:
Austrittsgrund:	

Mobilität:				
Führerschein :	Klassen:	seit	durchgehend	unfallfrei
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G			
Fahrzeug : <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Aktionsradius in KM:			

Sprachen:	Konversation				Lesekenntnisse				Schreibkenntnisse				Wo erworben
	sehr gut	gut	mäßig	keine	sehr gut	gut	mäßig	keine	sehr gut	gut	mäßig	keine	
Deutsch													
Englisch													

Berufliche Qualifikation		sehr gut	gut	mäßig	wo erworben
EDV- Kenntnisse	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
Maschinenschreibkenntnisse	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
Staplerschein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Praxis: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Kranschein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Praxis: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			

**Schul- / Berufsausbildung**

Von Mt./Jahr	Bis Mt./Jahr	Fachrichtung	Abgelegte Prüfung

**Fortbildungskurse und Seminare**

Jahr	Titel	Dauer	Veranstalter	Abschlussprüfung

**Beruflicher Werdegang**

Nr.	Von Mt./Jahr	Bis Mt./Jahr	Firma - Ort	Branche	Position
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

**Krankenstandsverlauf**

Nr.	Von Mt./Jahr	Bis Mt./Jahr	Anmerkung	Nr.	Von Mt./Jahr	Bis Mt./Jahr	Anmerkung
1				5			
2				6			
3				7			
4				8			

**Wehr-Zivildienst**

Präsenzdienst: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	von : bis:	Einheit:	Dienstgrad:
Zivildienst: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	von: bis:	Einheit:	Dienstort:

**Rechte und Pflichten/Finanzielles**

Alleinverdiener <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Kredite / Schulden: 1. _____ monatl.: _____ 2. _____ monatl.: _____ 3. _____ monatl.: _____ 4. _____ monatl.: _____	Zu Unterhalts- zahlungen verpflichtet: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein € / Monat: _____	Gehaltspfändungen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein € / Monat: _____
	Nebenerwerb: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Art:	Seit:

**Soziales Umfeld:**

wohnt noch bei den Eltern <input type="checkbox"/>		wohnt mit Partner und Kindern <input type="checkbox"/>		
wohnt alleine <input type="checkbox"/>		wohnt im Heim <input type="checkbox"/>		
wohnt alleine mit Kindern <input type="checkbox"/>		wohnt in einer Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/>		
wohnt mit Partner <input type="checkbox"/>		wohnt. . . <input type="checkbox"/>		
Eigenheim <input type="checkbox"/>	Eigentum Whg. <input type="checkbox"/>	Mietwohnung <input type="checkbox"/>	Untermiete <input type="checkbox"/>	Wohnheim <input type="checkbox"/>

**Kinder:**

Anzahl der Kinder:	Geb. Datum 1. Kind:	Geb. Datum 2.	Geb. Datum 3.	Geb. Datum 4.
Kinderbeaufsichtigung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			Zeitumgang:	

**Notstand:**

arbeitslos seit:	NH-Bezug: pro Tag € _____	Sozialamt:
Notstand seit:	pro Monat € _____	Sonstiges:

**Lebenserhaltungskosten:**

Miete: € _____	Betriebskosten: € _____	Sonstiges:
----------------	-------------------------	------------

**Ehrenamtliche Tätigkeiten:**

	Spesen/Entgelt:
--	-----------------

**Arbeitssituation des Partners**

<b>Beruf:</b>			
Vollzeitstelle <input type="checkbox"/>	Auf Abruf <input type="checkbox"/>	Heimarbeit <input type="checkbox"/>	Arbeitslos <input type="checkbox"/>
Teilzeitstelle <input type="checkbox"/>	Zeitarbeit <input type="checkbox"/>	Freier Mitarbeiter <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/>

**Gesundheit**

Einschränkungen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Psychische Beschwerden: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Körperliche Beschwerden: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	1. _____ 2. _____ 3. _____
Grad der Behinderung in Prozent:	

**Eventuell zu berücksichtigende Einschränkungen**

Vorstrafen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Delikte:	Sonstiges:
--	----------	------------

### Interessen / Hobbies

--

### Motivation für den Neustart

(+) Stärken: <hr/> <hr/>	(-) Hindernisse: <hr/> <hr/>

### Vermittlungsfokus:

Art der Vermittlung / Aufgaben	
Besondere Aspekte der Arbeit	

### Ausmaß des angestrebten Arbeitsverhältnisses

Vollzeit: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Teilzeit: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	min. Stunden: _____	max. Stunden: _____
Nachtarbeit: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Schichtarbeit: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

### Zielmarkt-/märkte:

Aktionsradius des Teilnehmers:		Tägliche Arbeitszeit: von: _____ bis: _____	Verdienstvorstellung: €: _____
Nr.:	Branche	Tätigkeit	Einsatzzeit
1			
2			
3			
4			
5			