

BAT-Erstgespräch

am _____ Geführt von: _____

Teilnehmer*innen am Gespräch: _____

TN-Name: _____ Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____ Familienstand: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Anschrift: _____ Fon: _____

_____ Handy: _____

_____ E-Mail: _____

Wohnsituation: alleine / Eltern / WH / sonst.: _____

Bezugspersonen: _____

Haben Sie eine gesetzliche Betreuung? ja Nein

Wenn ja, wer übt diese aus? _____

Kontakt Daten gesetzliche Betreuung: _____

Für welche Bereiche? _____

Zuständige WfbM: _____

Seit wann in WfbM: _____

Momentanes Aufgabengebiet in der WfbM: _____

Ansprechpartner*in WfbM: _____

Zuständige Arbeitsagentur/RV/Bezirk: _____

Ansprechpartner*in: _____

Stamm-Nr. Teilnehmer*in: _____

Bei EV/BBB: Liegt eine Kostenzusage vom Bezirk für den Arbeitsbereich vor? ja nein

Ist BÜWA-Teilnahme möglich? Ja Nein

Beziehen Sie eine Rente über die Rentenversicherung? Ja Nein

Wenn ja, in welcher Höhe? _____

Ansprechpartner*in bei der Rentenversicherung: _____

Haben Sie einen Führerschein? _____

Haben Sie weitere Berechtigungsscheine? (z.B. Staplerschein) _____

Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel: _____

(Für Verpflegungsgeld nur im EV und BBB, nicht im Arbeitsbereich!!!)

Bankverbindung: IBAN-Nr. _____

BIC-Nr. _____

Bank: _____

Schullaufbahn

Welche Schulen? _____

Schulabschluss: _____

Haben wir Unterlagen als Anlage? Ja Nein

Praktika

Wurden Praktika absolviert? Ja Nein

Wo fanden diese statt, Dauer und welche Tätigkeiten? _____

Wie ist das Praktikum aus ihrer Sicht verlaufen? _____

Gibt es Unterlagen? Ja Nein

Arbeitserfahrung:

Haben Sie eine Ausbildung abgeschlossen? Ja Nein

Wenn ja, wo? _____

Welche? _____

Haben Sie schon einmal auf dem allg. Arbeitsmarkt gearbeitet ? Ja Nein

Wenn ja, wo, wann, wie lange _____

Erfahrungen in der WfbM: (Tätigkeiten, Aufgaben, Vorlieben...)

Berufliche Vorstellungen

An welchen Bereichen/Branchen/Arbeitsgebieten besteht Interesse?

Was interessiert Sie an diesen Bereichen? _____

Welche Ihrer Stärken und Fähigkeiten könnten Sie dort einbringen?

Welche Bereiche/Branchen/Arbeitsgebiete sollen ausgeschlossen werden?

Unterstützungsbedarf

Behinderung: _____

GdB: _____

Einschränkung durch die Behinderung bzw. Auswirkungen: _____

Benötigen Sie Pflege/Assistenz? _____

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? _____

Sind besondere Vorsichtsmaßnahmen notwendig? _____

Hatten Sie in der Vergangenheit öfter Fehlzeiten in der Schule/WfbM/ am Arbeitsplatz?

Wenn Ja, warum und wie lange? _____

Arbeitsbedingungen

Wieviele Stunden/Tag können Sie arbeiten? _____

Um welche Uhrzeit können Sie täglich anfangen/beenden? _____

Können und möchten Sie auch am Wochenende arbeiten? _____

Können Sie 2-Schichtarbeit ausführen? _____

Haben Sie Kinder und pflegebedürftige Angehörige zu betreuen? _____

Welches Gehalt erwarten Sie mindestens (monatlich oder Stundenlohn)? _____

(Achtung: Klären, welche Rolle Geld spielt, da ggf. Erwartungen nicht erfüllt werden können)

Was wünschen Sie sich von uns bei unserer Zusammenarbeit?

Auf was sollen wir Rücksicht nehmen?

Weiteres Vorgehen

Nächste Schritte, die zwischen dem/der Bewerber/in und Access vereinbart wurden und geplanter Zeitablauf: _____

Welche Personen sollen für die weitere Planung einbezogen werden? _____

Sonstiges/Fehlende Unterlagen:
