



Bewerbungsbogen

Bitte diesen Bogen senden an:

Rudolf-Sophien-Stift

RPK

Aufnahmedienst

Leonberger Straße 220

70199 Stuttgart

_____ (Name, Vorname)

Einverständniserklärung

Im Rahmen des Bewerbungsverfahrens erkläre ich mich damit einverstanden, dass die zuständigen RPK-MitarbeiterInnen vorliegende Berichte und Vorbefunde einholen und verwenden dürfen zur Leistungsbeantragung beim zuständigen Leistungsträger der RPK-Maßnahme.

Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass die zuständigen MitarbeiterInnen im Rahmen des Antragsverfahrens alle erforderlichen Berichte zur Sicherung der Leistungsübernahme und zur Verdeutlichung des Rehabilitationsbedarfes direkt an den Leistungsträger (Krankenkasse, DRV, Arbeitsagentur, bzw. Jobcenter) weiterleiten dürfen.

Dies darf über folgende Medien erfolgen:

Telefon Fax Brief/Post

Diese Schweigepflichtentbindung gilt bis zum _____

Sie kann von mir jederzeit widerrufen werden.

Folgen des Widerrufs können sein: Der Bewerbungsprozess wird ggf. unterbrochen, eine Aufnahme in die RPK kann ggf. nicht erfolgen

Ein Widerruf dieser Schweigepflichtentbindung kann zunächst mündlich oder fernmündlich erfolgen, muss aber schriftlich nachgereicht werden.

Ich bin damit einverstanden, dass diese Schweigepflichtentbindung und ein evtl. Widerruf zu Nachweiszwecken datenschutzkonform aufbewahrt werden.

Zur Erstellung eines Rehabilitationsplanes, bin ich damit einverstanden, den Bewerbungsbogen den MitarbeiterInnen der RPK des Rudolf-Sophien-Stifts zu überlassen. Mit der Aufnahme in die RPK des Rudolf-Sophien-Stifts erkläre ich mich einverstanden, dass eine Informationsweitergabe zwischen allen am rehabilitativen Prozess beteiligten MitarbeiterInnen sowie den zuständigen Leistungsträgern zu Zwecken meiner Rehabilitation erfolgen darf.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Bei mit „**“ gekennzeichneten Felder im Bewerbungsbogen handelt es sich um freiwillige Angaben.

Angaben zur Person

Name Vorname ggf. Geburtsname

Geboren am Geburtsort Staatsangehörigkeit

Adresse:

Straße PLZ Ort

Telefon Mobilfunknummer E-Mail

Gibt es **weitere Kontaktmöglichkeiten**, über die wir Ihnen eine Nachricht zukommen lassen können?

Name Mobilfunknummer E-Mail

Familienstand:

- ledig
- mit Partner/ in
- getrennt lebend
- verheiratet
- geschieden
- verwitwet

Wohnsituation:

- bei den Eltern lebend
- Wohngemeinschaft
- mit der Familie
- betreutes Wohnen
- alleinlebend
- mit Partner/in
- mit Kinder/n

Anzahl, Geschlecht und Alter Ihrer Kinder: _____

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?

- ja Geltungsdauer bis: _____
- beantragt nein

Unterstützende Personen

Familienangehörige (z.B. Eltern, Partner/in)*

Name

Anschrift

Telefon Telefax

Ist Ihnen bei der Beantragung der RPK-Maßnahme ein/e Sozialarbeiter/in sonstige Person behilflich?* Nein Ja

Name

Institution / Einrichtung

Telefon Telefax

Besteht eine gesetzliche Betreuung: Nein Ja

Name des gesetzlichen Betreuers

Straße PLZ Ort

Telefon Telefax

Aufgabenkreis(e): Aufenthaltsbestimmung Gesundheitsfürsorge Finanzen

Stehen Sie unter Bewährung: Nein Ja

Bewährungshelfer/in: _____
Name Telefon

Krankenkasse

Name: _____

PLZ, Ort: _____

Straße/Postfach: _____

Vers.-Nr.: _____

Pflichtversichert

Freiwillig versichert

Private Krankenkasse

Familienversichert, Name und Geburtsdatum des Mitglieds: _____

Rentenversicherung

Rentenversicherungsanstalt: _____

Rentenversicherungs-Nummer: _____

Arbeitsverwaltung

Mit welcher Agentur für Arbeit standen Sie zuletzt in Verbindung? _____

Wie lautet Ihre Kundennummer bei der Agentur für Arbeit? _____

Finanzielle Situation

Wie bestreiten Sie derzeit Ihren Lebensunterhalt?

Arbeitseinkommen

Grundsicherung Kindergeld

Krankengeld

EU-Rente Vermögen, Ersparnisse

ALG I

BU-Rente Sonstiges

ALG II

Unterhalt, von wem: _____

Welche der o.g. Leistungen laufen in den nächsten Monaten aus?

Die Leistung ist bewilligt bis: _____

Bisherige Rehabilitationsmaßnahmen

Haben Sie bisher an medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen teilgenommen?

Nein

Ja

von/ bis	welche Maßnahme	wo	Kostenträger

Haben Sie bisher an beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen teilgenommen (z.B. RPK, Umschulung, Berufsfindung, Arbeitserprobung, Arbeitstraining in einer WfbM, usw.)?

Nein

Ja

von/ bis	welche Maßnahme	wo	Kostenträger

Erkrankung und Behandlung

Der Beginn der Erkrankung war im Jahr: _____

Bisherige klinische/ tagesklinische Behandlungen:

Name der Klinik/ Tagesklinik	Behandlung von / bis

Sind Sie zurzeit in stationärer/ tagesklinischer Behandlung?

Nein Ja

Name der Klinik Station/Stationsarzt

Straße/Postfach PLZ Ort

Bestehen körperliche Vorerkrankungen, welche _____
 Behinderungen, welche _____
 andauernde Einschränkungen, welche _____
 chronische körperliche Erkrankungen _____
 Allergien _____

Behandelnde Ärzte / Psychotherapeuten

Befinden/ befanden Sie sich bei einem Psychiater/Neurologen/Nervenarzt (Facharzt) in Behandlung?

Nein Ja, seit: _____ bis: _____

Name des Facharztes Telefon

Straße/Postfach PLZ Ort

Befinden oder befanden Sie sich in psychotherapeutischer Behandlung?

Nein Ja: _____
von / bis

Name und Anschrift Ihres Hausarztes (Allgemeinmedizin):

Name Telefon

Straße/Postfach PLZ Ort

Rauschmittel

Welche Drogen haben Sie bisher konsumiert?

Cannabis, wann zuletzt _____ Heroin, wann zuletzt _____ Opium, wann zuletzt _____
 Ecstasy, wann zuletzt _____ Crack, wann zuletzt _____ LSD, wann zuletzt _____
 Kokain, wann zuletzt _____ nicht verordnete Medikamente, wann zuletzt _____
 Sonstige _____, wann zuletzt _____

Führen Sie bitte Menge und Art des von Ihnen konsumierten Alkohols pro Woche auf:
(auch wenn Ihnen dies unproblematisch erscheint)

keinen Alkohol

Art Menge

Art Menge

Können Sie während der Rehabilitation auf Drogen- und Alkoholgebrauch verzichten?

Ja
 Nein, weshalb? _____

Schul- und Berufsausbildung

Welche Schule(n) haben Sie besucht?	Schuljahre von / bis	erreichter Abschluss
<input type="checkbox"/> Sonderschule		
<input type="checkbox"/> Hauptschule		
<input type="checkbox"/> Realschule		
<input type="checkbox"/> Gymnasium		
<input type="checkbox"/> Berufsfachschule		
<input type="checkbox"/> Fachschule		
<input type="checkbox"/> Fachoberschule		
<input type="checkbox"/> Fachhochschule		
<input type="checkbox"/> Hochschule		
<input type="checkbox"/> Sonstige Schulen		

Welche Berufsausbildung(en)/ Umschulung/ Fortbildungen haben Sie gemacht?

Ausbildung/ Umschulung/ Fortbildung als	von / bis	Art der abgelegten Prüfung

Beschäftigungszeiten

Welche Tätigkeiten haben Sie bisher ausgeübt? (auch Bundeswehr, soziales/ ökologisches Jahr, Bundesfreiwilligendienst, Au-Pair, usw.)

Art der Tätigkeit	von / bis

Haben Sie zurzeit einen Arbeitsplatz?

Nein Ja

Name des derzeitigen bzw. des letzten Arbeitgebers

Straße/Postfach

PLZ

Ort

Gründe für die Aufgabe des letzten Beschäftigungsverhältnisses:

Bitte legen Sie einen tabellarischen Lebenslauf bei.