



## Fragebogen für Interessenten

Bitte füllen Sie den Fragebogen in **Druckbuchstaben** aus. Vielen Dank!

Nach Eingang Ihres Fragebogens und Lebenslaufs erhalten Sie eine Einladung zu einem Abklärungsgespräch.

W     M     D

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Sozialvers.-Nr: \_\_\_\_\_

Kennzeichen: \_\_\_\_\_

Für welche Maßnahme interessieren Sie sich? (Bitte ankreuzen)			
<input type="checkbox"/>	First Step	Ich weiß noch nicht, wie belastbar ich bin.	bis 3 Monate
<input type="checkbox"/>	Berufsfindung/ Eignungsabklärung	Ich weiß noch nicht, was ich zukünftig machen möchte bzw. wofür ich mich eigne.	bis 3 Monate
<input type="checkbox"/>	Arbeitserprobung/ Eignungsabklärung	Ich weiß, in welchem Beruf ich arbeiten möchte, kann aber meine aktuelle Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit nicht richtig einschätzen.	bis 3 Monate
<input type="checkbox"/>	Berufliches Training (Anpassungsfortbildung)	Ich möchte in meinem erlernten/gewohnten bzw. artverwandten Berufsfeld arbeiten.	bis 12 Monate
<input type="checkbox"/>	Berufsvorbereitung	Ich möchte eine bestimmte Ausbildung/Umschulung machen und benötige vor Beginn eine Vorbereitung.	bis 6 Monate
<input type="checkbox"/>	Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme	Ich bin zwischen 18 und 25 Jahren alt und plane eine Ausbildung bzw. den beruflichen Einstieg. Zudem möchte ich wissen, ob ich den Anforderungen gewachsen bin.	bis 11 bzw. 18 Monate
<input type="checkbox"/>	Ausbildung/ Umschulung	Ich möchte eine Ausbildung oder Umschulung machen und benötige hierzu Unterstützung. Ziel der Ausbildung/ Umschulung: -----	bis 3 Jahre
<input type="checkbox"/>	Integration Plus (NUR DRV)	Ich kehre zu meinem Arbeitgeber zurück. Dabei benötige ich Unterstützung durch ein professionelles Coaching.	bis 9 Monate

### Wer hat Sie auf das BTZ aufmerksam gemacht?

Arbeitsagentur/DRV     Kliniken/Sozialdienst     Therapeut/Arzt     Sonstige

Name/Anschrift der Einrichtung: \_\_\_\_\_

---



**Haben Sie einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation) gestellt, bzw. Kontakt mit einem Leistungsträger gehabt?**

Ja, bei welchem Leistungsträger  Nein

(z. B. Arbeitsagentur, Deutsche Rentenversicherung, Berufsgenossenschaft,.....)

Name: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner(Rehaberater): \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Fügen Sie bitte dem Fragebogen einen vollständigen Lebenslauf mit folgenden Angaben bei:**

- schulischer und beruflicher Werdegang
- Zeiten der Arbeitslosigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit
- Zeiten der Nichtbeschäftigung
- Klinikaufenthalte

**Einwilligungserklärung zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten gem. Art. 6 Abs. 1 Buchst. a) Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)**

Damit wir Sie zu einem persönlichen Abklärungsgespräch einladen dürfen, benötigen wir Ihre ausdrückliche Einwilligung, Ihre personenbezogenen Daten speichern und verarbeiten zu dürfen. Gespeichert und verarbeitet werden aufgrund dieser Einwilligung diejenigen personenbezogenen Daten, die Sie auf dem vorliegenden „Fragebogen für Interessenten“ sowie im ggfs. beigefügten Lebenslauf selbst angeben, nämlich Adress- und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Sozialversicherungsdaten, Daten zum schulischen und beruflichen Werdegang sowie Gesundheitsdaten (Diagnosen, Therapien usw.). Die Speicherung und Verarbeitung erfolgen zum Zweck der Kontaktaufnahme, Terminvereinbarung und Vorbereitung eines Abklärungsgesprächs. Sobald feststeht, dass keine berufliche Rehabilitationsmaßnahme in Betracht kommt, werden die gespeicherten Daten gelöscht. Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt ohne Ihre vorherige Zustimmung nicht.

Angaben nach Art. 13 DSGVO: Datenschutzrechte und Kontaktdaten

Sie können jederzeit Auskunft über die bei uns über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten erhalten (Art. 15 DSGVO), deren Berichtigung (Art. 16 DSGVO), Löschung (Art. 17 DSGVO) oder die Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO) verlangen sowie Ihr Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO) geltend machen. Gegen die Verarbeitung personenbezogener Daten, die aufgrund von Art. 6 Abs. 1 Buchst. e oder f DSGVO erfolgt, können Sie Widerspruch einlegen. Unabhängig davon steht Ihnen ein Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu.

Diese Einwilligung können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

<b>Verantwortlicher f. d. Verarbeitung (Art. 4 Nr. 7 DSGVO):</b> Berufliches Trainingszentrum Rhein-Neckar gGmbH Geschäftsführung, Herr Franz-Thomas Gann Lempenseite 46, 69168 Wiesloch Tel. 06222 9207 0, E-Mail: franz-thomas.gann@srh.de	<b>Die Datenschutzbeauftragte erreichen Sie unter:</b> Symbion AG Frau Lisa Schraud Robert-Koch-Straße 3, 97230 Estenfeld E-Mail: datenschutz.btz@srh.de
--	--

ja, ich bin damit einverstanden, dass die **Berufliches Trainingszentrum Rhein-Neckar gGmbH** meine personenbezogenen Daten zu obengenannten Zwecken speichern und verarbeiten darf. Dies gilt ausdrücklich auch für die Speicherung und Verarbeitung von **Gesundheitsdaten** gem. Art. 9 Abs. 2 Buchst. a) DSGVO. Mir ist bewusst, dass diese Einwilligung **freiwillig** erfolgt und **jederzeit** mit Wirkung für die Zukunft **widerrufen** werden kann (bei Zustimmung bitte ankreuzen und unterschreiben).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen und Ihren Lebenslauf an die folgenden Kontaktdaten:**

SRH Berufliches Trainingszentrum Wiesloch Telefon: 06222 9207-0 | Fax: 06222 9207-400  
Lempenseite 46, 69168 Wiesloch | E-Mail: info.btz.wiesloch@srh.de | www.btz-rn.de