

EINGANGSANALYSE FORMULAR 1



Berufliches Trainingszentrum
Dortmund GmbH
Postfach 17 03 28
44062 Dortmund

**Berufliches
Trainingszentrum
Dortmund GmbH**

Rheinische Straße 210
44147 Dortmund

Telefon 0231 913042-0
Telefax 0231 913042-22
www.btz-do.de
E-Mail info@btz-do.de

Stammdaten des Interessenten an einem Training zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben im BTZ Dortmund

bitte den Bogen ausgefüllt an obige Anschrift senden

Name _____ Vorname _____
Straße _____ PLZ _____ Ort _____
Telefon _____ Geburtsdatum _____
e-mail _____ Mobil _____
Geschlecht männlich weiblich Geburtsort _____
Familienstand ledig verheiratet geschieden verwitwet getrennt lebend
 eheähnliche Gemeinschaft Zahl der Kinder _____
Schwerbehindertenausweis
 nein ja, Grad der Behinderung _____ Gleichstellung ja nein
Gesetzliche Betreuung nein ja _____
Besuch der Informationsveranstaltung im BTZ am _____
Durch wen sind Sie auf das BTZ hingewiesen worden? _____

Bankverbindung
Sparkasse Dortmund
IBAN
DE82 4405 0199 0141 0057 07
Swift-BIC DORTDE33XXX

Geschäftsführer
Joachim Heine

USt.-Nr. 314/5702/4341
AG Dortmund HRB 11 454

Postanschrift
Postfach 17 03 28
44062 Dortmund

Rehabilitationsverfahren

Haben Sie einen Antrag auf Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben gestellt? nein ja

wenn ja, wo? _____ wann? _____

Zuständiger Leistungsträger _____ BeraterIn _____

Kundennummer _____ Sozialversicherungsnummer _____

Mitglied der
Bundesarbeitsgemeinschaft
Beruflicher Trainingszentren
in der
Bundesrepublik Deutschland



Berufliche Interessen

Gewerblich/Technischer Trainingsbetrieb Kaufmännisch/Verwaltender Trainingsbetrieb

Offener Trainingsbetrieb

Wunsch der Hospitationsdauer 4 Stunden 6 Stunden 8 Stunden



höchster erreichter Schulabschluss

- Allgemeine Hochschulreife/Abitur**
- Sek. I mit Qualifikation**
(Hauptschulabschluss Typ B, Realschule, Gesamtschule, Gymnasium Kl.10 mit Qualifikation)
- Schulbesuch ohne Abschluss**
- Fachhochschulreife**
- Sek. I ohne Qualifikation**
(Hauptschulabschluss Typ A, Realschule, Gesamtschule, Gymnasium Kl.10 ohne Qualifikation)
- Schule für Lernbehinderte**

Berufsausbildung

Ausbildung als _____ von _____ bis _____
Abschluss ja nein betrieblich überbetrieblich

Ausbildung als _____ von _____ bis _____
Abschluss ja nein betrieblich überbetrieblich

keine Ausbildung

Sonstige Qualifikationen (Fortbildungen/Zusatzqualifikationen) _____

Studium Fach _____ von _____ bis _____
Abschluss ja als _____ nein

Studium Fach _____ von _____ bis _____
Abschluss ja als _____ nein

Umschulung als _____ von _____ bis _____
Abschluss ja nein betrieblich überbetrieblich (BFW, BBW etc.)

Umschulung als _____ von _____ bis _____
Abschluss ja nein betrieblich überbetrieblich (BFW, BBW etc.)

Berufserfahrung

Wie viele Jahre haben Sie insgesamt sozialversicherungspflichtig gearbeitet? _____

Wie viele Jahre haben Sie insgesamt freiberuflich/selbstständig gearbeitet? _____

Sie waren zuletzt tätig als _____ von _____ bis _____
bei der Firma _____

ruhendes Arbeitsverhältnis ja nein

Sind sie arbeitslos gemeldet? ja, seit wann? _____ nein