Fragebogen Bewerber:innen-Bewerbung

Allgemeine Angaben

1. Kontaktdaten

Vorname, Name	
Geburtsname	
Geburtsdatum, -ort	
Staatsangehörigkeit	☐ deutsch ☐ andere: _____
Aufenthaltsstatus (falls zutreffend)	

2. Aktuelle Anschrift und Erreichbarkeit

Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefon Festnetz	
Mobilnummer	
E-Mail-Adresse	

3. Familienstand

Bitte ankreuzen:

☐ ledig ☐ verheiratet ☐ getrennt lebend ☐ eheähnliche Gemeinschaft ☐ geschieden

4. Eltern (Name, Kontakt, Adresse)

Mutter	☐ **Kontakt besteht**	
	☐ ja	☐ nein
Vater	☐ **Kontakt besteht**	
	☐ ja	☐ nein

5. Geschwister

(Bitte Name, Geburtsdatum, Kontakt angeben)

- Geschwister 1: _____ ☐ ja ☐ nein
- Geschwister 2: _____ ☐ ja ☐ nein

6. Kinder

(Bitte Name, Geburtsdatum, Kontakt angeben)

- Kind 1: _____ ☐ ja ☐ nein
- Kind 2: _____ ☐ ja ☐ nein
- Kind 3: _____ ☐ ja ☐ nein

7. Soziales Umfeld

Bezugsperson:en_____

_____

8. Wohnform

(Bitte ankreuzen)

☐ Mietwohnung (Vermieter:in: _____)

☐ Eigentumswohnung

☐ bei den Eltern

☐ Sonstiges: _____

9. Mobilität

(Bitte ankreuzen)

☐ eigenes Kfz

☐ öffentliche Verkehrsmittel

☐ Fahrrad/E-Bike/sonstiges

10. Einkommen / Vermögen

- Erwerbsminderungsrente (seit): _____
- Vermögen: _____

11. Schwerbehinderung / GdB / Merkzeichen

_____

_____

12. Gesetzliche Betreuung

(Bitte Bereich ankreuzen und ausfüllen)

☐ Gesundheitssorge

☐ Vermögenssorge

☐ Vertretung gegenüber Ämtern und Behörden

☐ Aufenthaltsbestimmungsrecht

☐ Wohnungsangelegenheiten

Name: _____

Anschrift: _____
Tel/Fax/Mobil/Email: _____

13. Behörden & Beratungsstellen

Zuständige Behörden / Ansprechpartner:innen:

_____
_____

Beratungsstellen (zutreffendes ankreuzen):

☐ Sozialpsychiatrische Dienste
☐ Tagesstätte
☐ Schuldnerberatung
☐ Suchtberatung
☐ andere: _____

Beruflicher Werdegang Beschäftigung

14. Schul- & Berufsweg

Schulabschluss / Jahr	
Berufsausbildung / Erfahrung	
Letzte Arbeitsstelle / Tätigkeit	

15. Freizeit & Interessen

_____
_____

Erkrankung

16. Erkrankung und Diagnosen

- Erste Erkrankung (Jahr): _____
- Psychiatrische Diagnosen: _____
  _____
- Arztberichte: ☐ vorhanden ☐ wird beigefügt
- Eigene Sichtweise: _____
  _____
  _____

17. Suchtmittel-Konsum

Aktueller Konsum (stofflich/nicht-stofflich):

_____
_____

18. Klinikaufenthalte

_____
_____
_____

19. Aktuelle Behandlung

Psychiater:in (Name, Adresse, Tel/Fax)	**Hausärzt:in** (jeweils vollständige Adresse eintragen)	**Therapeut:in** (Name, Adresse, Tel/Fax)

20. Welche Medikamente nehmen Sie aktuell? (bitte alle aufschreiben)

_____
_____
_____

Allgemeine Fragen

21. Symptome & Beeinträchtigungen

- Symptome: _____
  _____
  _____
- Beeinträchtigung im Alltag: _____
  _____
  _____

22. Maßnahme & Erwartungen

Wer schlug die Maßnahme vor / warum? _____
_____

Unterstützung & Ziele in folgenden Bereichen: Welche Unterstützung erwarten Sie von unserer Wohnform in den folgenden Bereichen und welche Ziele haben Sie?

Persönliche, soziale Beziehungen:

_____
_____

Selbstversorgung und Wohnen:
_____
_____

Arbeit / /arbeitsähnliche Tätigkeiten / Beschäftigung _____
_____

Tagesgestaltung / Freizeit / gesellschaftlichen Leben_____
_____
_____

Umgang mit Erkrankung/Behinderung:
_____
_____
_____

23. Weitere Mitteilungen

_____
_____
_____
_____

24. Datenschutz & Einwilligung
Information zur Datenverarbeitung gemäß Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Sehr geehrte:r Bewerber:innen,

im Rahmen des Aufnahmeverfahrens in unsere Einrichtung werden personenbezogene Daten von Ihnen erhoben. Im Folgenden möchten wir Sie gemäß Art. 13 DSGVO über die Art, den Umfang und Zweck der Erhebung sowie Ihre Rechte informieren.

1. **Verantwortliche Stelle**
   ReAL gGmbH / info@real-verbund.de
2. **Datenschutzbeauftragte:r**
   IITR Datenschutz GmbH - Dr. Kraska - Marienplatz 2 – 80331 München
   E-Mail: email@iitr.de Telefon:+49 89 189 173 60
3. **Zwecke der Datenverarbeitung**
   Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt zur Durchführung des Aufnahmeverfahrens, zur Ermittlung des individuellen Unterstützungsbedarfs sowie zur Planung und Erbringung geeigneter Betreuungs- und Teilhabeleistungen.
4. **Rechtsgrundlagen der Verarbeitung**
   - Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO (Vertrag oder vorvertragliche Maßnahmen)
   - Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO (berechtigtes Interesse an qualifizierter Betreuung)
   - Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO (ausdrückliche Einwilligung zur Verarbeitung von Gesundheitsdaten)

5. **Kategorien verarbeiteter Daten**
   - Stammdaten (Name, Geburtsdatum, Adresse etc.)
   - Kontaktdaten (Telefon, E-Mail)
   - Angaben zur gesundheitlichen Situation, Diagnosen, Medikation
   - Sozialdaten (Familienstand, Betreuung, Wohnform etc.)
   - Bildungs- und Berufsweg
   - Angaben zu Interessen und Lebenssituation
6. **Empfänger der Daten**
   Ihre Daten werden nur an intern zuständige Mitarbeitende weitergegeben. Eine Weitergabe an Dritte (z. B. Ärzt:innen, Kostenträger, Behörden) erfolgt nur mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung oder auf gesetzlicher Grundlage.
7. **Speicherdauer**
   Ihre Daten werden für die Dauer des Aufnahmeverfahrens sowie im Falle einer Aufnahme für die Dauer der Betreuung und darüber hinaus entsprechend der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gespeichert.
8. **Ihre Rechte**
   Sie haben das Recht auf:
   - Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten
   - Berichtigung unzutreffender Daten
   - Löschung, sofern keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten bestehen
   - Einschränkung der Verarbeitung
   - Widerspruch gegen die Verarbeitung
   - Datenübertragbarkeit
   - Beschwerde bei der Datenschutzaufsichtsbehörde
9. **Freiwilligkeit der Angaben**
   Die Angabe Ihrer Daten ist für die Durchführung des Aufnahmeverfahrens erforderlich. Ohne diese Angaben kann keine sachgerechte Entscheidung über eine Aufnahme getroffen werden.

Bei Fragen wenden Sie sich gerne an das Qualitätsmanagement info@real-verbund.de oder unsere:n Datenschutzbeauftragte:n.

Einwilligungserklärung zur Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten

Hiermit willige ich ein, dass die ReAL gGmbH im Rahmen des Aufnahmeverfahrens auch besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Gesundheitsdaten, Angaben zu Diagnosen, Medikation, Suchtmittelgebrauch, etc.) erhebt, speichert und verarbeitet, soweit dies für die Ermittlung meines Unterstützungsbedarfs sowie für die Erbringung entsprechender Hilfen erforderlich ist.
Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Ein Widerruf wirkt nur für die Zukunft und berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung.

Ort, Datum: _____ Unterschrift Bewerber:innen: _____