

# Fragebogen

©2020 Shireen Horn/Petra Schmitz



Sehr geehrter Bewerber,

Sie haben sich um die Aufnahme zum Sozialpädagogischen Wohnen im Haus Bruderhilfe beworben. Um Sie etwas näher kennenzulernen, würden wir gerne von Ihnen erfahren, was Sie bestärkt hat, sich an uns zu wenden, welche Hilfen Sie von uns erwarten und welche Vorstellungen und Ziele Sie selbst haben.

Zu diesem Zweck haben wir den vorliegenden Fragebogen erstellt. Bitte beantworten Sie alle Fragen des Fragebogens möglichst ausführlich und sorgfältig. Erfahrungsgemäß ist es hilfreich, die Fragen gemeinsam mit einer Person, der Sie vertrauen (einer Bezugsperson oder einem Angehörigen) zu besprechen, wenn dies möglich ist.

**Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass wir Ihre Angaben vertraulich behandeln!**

Den ausgefüllten Fragebogen sowie folgende weitere Unterlagen

- einen Lebenslauf
- Passkopie und Aufenthaltsnachweis (nur bei nicht deutschen Bewerbern)
- die unterzeichnete Einverständniserklärung zur Aktenvernichtung

senden Sie bitte an folgende Adresse:

**Haus Bruderhilfe**

Petra Schmitz  
Söllingstr. 106  
45127 Essen

Mail: [petra.schmitz@haus-bruderhilfe.net](mailto:petra.schmitz@haus-bruderhilfe.net)

Telefon: 0201 85688137

Fax: 0201 20595

**Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit!**

## Angaben zur Person

<b>Name</b>		<b>Vorname</b>	
<b>Aktuelle Anschrift</b>	Straße, Hausnr.		
bzw.	PLZ, Ort		
<b>Letzte Meldeadresse</b>			
<b>Geburtsdatum</b>		<b>Geburtsort</b>	
<b>Staatsangehörigkeit</b>			
<b>Telefonnummer</b>			
<b>Konfession</b>			
<b>Familienstand</b>		<b>Kinder</b> (Anzahl)	

<b>Ausländerrechtlicher Status</b> (bitte ausfüllen, wenn sie nicht deutscher Staatsbürger sind)
<input type="radio"/> Aufenthaltserlaubnis (§ 7 AufenthG) befristet bis _____ <input type="radio"/> unbefristet
<b>Bitte Farbkopie des Passes oder Bescheinigung beilegen</b>

## Schul- und Berufsausbildung

<b>Was ist ihr höchster Schulabschluss?</b>	
<b>Welche Berufsausbildung besteht?</b> (bei angefangen Ausbildungen bitte die Ausbildungsdauer angeben)	

## Finanzieller und Sozialhilferechtlicher Status

<b>Krankenversicherungsstatus</b> (bitte ankreuzen wo Sie zuletzt krankenversichert waren)	<b>Wovon haben Sie zuletzt Ihren Lebensunterhalt bestritten?</b> (Zutreffendes bitte ankreuzen)	
<input type="radio"/> Pflichtversichert bei:	<input type="radio"/> Erwerbstätigkeit	
<input type="radio"/> Familienversichert bei:	<input type="radio"/> ALG I	<input type="radio"/> ALG II
<input type="radio"/> Freiwillig versichert bei:	<input type="radio"/> Rente	
<input type="radio"/> Sonstiges:	<input type="radio"/> Grundsicherung	

# Fragebogen

©2020 Shireen Horn/Petra Schmitz



## Haft

<b>Wie oft inhaftiert?</b>	
<b>Gesamtdauer aller Haftstrafen in Monaten</b>	
<b>Gründe für die bisherigen Inhaftierungen</b>	<input type="radio"/> BtMG <input type="radio"/> Raub <input type="radio"/> Diebstahl <input type="radio"/> Körperverletzung <input type="radio"/> Totschlag <input type="radio"/> Zuhälterei <input type="radio"/> Sonstiges (bitte angeben) _____

## Kontaktpersonen

	Name	Adresse
<b>Gesetzliche/r Betreuer/in:</b>		
<b>Bewährungshelfer/in:</b>		
<b>Rechtsanwalt/in:</b>		
<b>Drogenberater/in:</b>		
<b>Sonstige</b>		

## Aufenthalte in den letzten 5 Jahren

Datum	Adresse	Unterkunftsart/ Art der Einrichtung
<i>Zum Beispiel: 01.01.2008 - 10.10.2009</i>	<i>Straße, Hausnummer, PLZ, Ort</i>	<i>Eigene Wohnung, JVA, Entgiftungs- behandlung, Stationäre Therapie, etc.</i>

## Aktuelle Wohnsituation

<input type="radio"/> ohne festen Wohnsitz	<input type="radio"/> mit <input type="radio"/> ohne Meldeadresse	in (bitte Ort angeben)
<input type="radio"/> eigene Wohnung	<input type="radio"/> ungekündigt <input type="radio"/> gekündigt	zum
<input type="radio"/> bei Eltern	<input type="radio"/> bei anderen Familienmitgliedern	<input type="radio"/> bei Freunden/Bekanntem
<input type="radio"/> in anderer Einrichtung	Bitte Namen und Anschrift angeben:	

# Fragebogen

©2020 Shireen Horn/Petra Schmitz



## Inanspruchnahme von Eingliederungshilfe

Haben Sie schon einmal Eingliederungshilfe gemäß § 53 SGB XII in Anspruch genommen?
<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Bin mir nicht sicher
Wenn ja, wann und wo? Bitte nennen Sie den Namen der Einrichtung oder des Anbieters (bei ambulanter Hilfe) und den Zeitraum der Hilfe

## Sucht

<b>Besteht oder bestand ein missbräuchlicher Konsum von Drogen, Medikamenten oder Alkohol</b>	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Wenn ja, was konsumieren Sie?		

<b>Besteht eine Abhängigkeit von Drogen oder Alkohol</b>	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Wenn ja, abhängig von welchem Stoff?		
Seit wann?		

<b>Letzter Konsum war am:</b>	
<b>Was wurde konsumiert?</b>	
<b>Bei Opiatabhängigkeit:</b>	Substitution: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
<b>Dosierung (bitte in mg angeben) und Art des Substituts:</b>	_____mg <input type="radio"/> Methadon <input type="radio"/> Polamidon <input type="radio"/> Subutex

<b>Bestehen bei Ihnen weitere Abhängigkeitssymptome (z.B. Spielsucht, PC-Sucht, Medikamentenabhängigkeit)?</b>	
<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	
Wenn ja, welche?	_____
Wie oft?	_____
Wann zuletzt?	_____

# Fragebogen

©2020 Shireen Horn/Petra Schmitz



<b>Haben Sie schon einmal eine stationäre Therapie absolviert?</b> <input type="radio"/> <b>Nein</b> <input type="radio"/> <b>Ja, ambulant</b> <input type="radio"/> <b>Ja, stationär</b>		
Nennen Sie bitte nur die letzten 3 Therapien, wenn vorhanden		
Wenn ja, wann?	Wo?	<b>abgeschlossen:</b>
		<input type="radio"/> <b>Ja</b> <input type="radio"/> <b>Nein</b>
		<input type="radio"/> <b>Ja</b> <input type="radio"/> <b>Nein</b>
		<input type="radio"/> <b>Ja</b> <input type="radio"/> <b>Nein</b>

## Psychische Erkrankungen

Wurde bei Ihnen schon einmal eine psychische Erkrankung diagnostiziert? <input type="radio"/> <b>Nein</b> <input type="radio"/> <b>Ja</b>	
Wenn ja, mit welcher Diagnose?	
Nehmen Sie aufgrund der psychischen Erkrankung regelmäßig Medikamente? <input type="radio"/> <b>Nein</b> <input type="radio"/> <b>Ja</b>	
Wenn ja, nennen Sie bitte das Medikament und die entsprechende Dosierung:	

## Körperliche Erkrankungen

Wurden bei Ihnen körperliche Erkrankungen diagnostiziert? <input type="radio"/> <b>Nein</b> <input type="radio"/> <b>Ja</b>	
Wenn ja, mit welchen Diagnosen?	
Nehmen Sie aufgrund der körperlichen Erkrankungen regelmäßig Medikamente? <input type="radio"/> <b>Nein</b> <input type="radio"/> <b>Ja</b>	
Wenn ja, nennen Sie bitte die Medikamente:	









## Einwilligungserklärung

Ich, \_\_\_\_\_, erkläre mich einverstanden, dass meine persönlichen Daten  
Vorname Name  
ausschließlich zum Zweck der Antragsbearbeitung in Schriftform oder EDV-gestützt erhoben,  
gespeichert, verarbeitet und genutzt werden.

Die Daten werden unwiderruflich gelöscht bzw. vernichtet, sobald entschieden ist, dass es nicht zu  
einer Aufnahme kommen wird.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift rechtliche Vertretung

Handakte vernichtet am \_\_\_\_\_

Vernichtet von \_\_\_\_\_