



Christliche Sucht- &
Wohnungslosenhilfe
gGmbH Essen

HAUS BRUDERHILFE

FRAGEBOGEN

©2020 Shireen Horn/Petra Schmitz

Sehr geehrter Bewerber,

Sie haben sich um die Aufnahme zum Sozialpädagogischen Wohnen gem. § 67-69 SGB VII 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

Shireen Horn
Söllingstr. 106
45127 Essen

Mail: shireen.horn@haus-bruderhilfe.net

Telefon: 0201 85688 143

Fax: 0201 85688 172

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit!



Angaben zur Person

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

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

Schul- und Berufsausbildung

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

Finanzieller und Sozialhilferechtlicher Status

Krankenversicherungsstatus (bitte ankreuzen wo Sie zuletzt krankenversichert waren)	Wovon haben Sie zuletzt Ihren Lebensunterhalt bestritten? (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	



Haft

Wie oft inhaftiert?	
Gesamtdauer aller Haftstrafen in Monaten	
Gründe für die bisherigen Inhaftierungen	<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
Gesetzliche/r Betreuer/in:		
Bewährungshelfer/in:		
Rechtsanwalt/in:		
Drogenberater/in:		
Sonstige		

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 <small>(bitte Ort angeben)</small>
<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:	



Inanspruchnahme von Eingliederungshilfe

Haben Sie schon einmal Eingliederungshilfe gemäß § 53 SGB XII in Anspruch genommen?

Nein Ja 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

Besteht oder bestand ein missbräuchlicher Konsum von Drogen, Medikamenten oder Alkohol

Nein

Ja

Wenn ja, was konsumieren Sie?

--	--	--	--

Besteht eine Abhängigkeit von Drogen oder Alkohol

Nein

Ja

Wenn ja, abhängig von welchem Stoff?

--	--	--	--

Seit wann?

Letzter Konsum war am:	
------------------------	--

Was wurde konsumiert?

Bei Opiatabhängigkeit:	Substitution:	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
------------------------	---------------	----------------------------	--------------------------

Dosierung (bitte in mg angeben) und Art des Substituts:

_____mg Methadon Polamidon Subutex

Bestehen bei Ihnen weitere Abhängigkeitssymptome (z.B. Spielsucht, PC-Sucht, Medikamentenabhängigkeit)?

Nein

Ja

Wenn ja, welche?

Wie oft?

Wann zuletzt?



Haben Sie schon einmal eine stationäre Therapie absolviert?

Nein

Ja, ambulant

Ja, stationär

Nennen Sie bitte nur die letzten 3 Therapien, wenn vorhanden

Wenn ja, wann?	Wo?	abgeschlossen:
		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Psychische Erkrankungen

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

Körperliche Erkrankungen

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



Beschreiben Sie bitte Ihre Probleme:

Was belastet Sie an diesen Problemen derzeit am meisten?

Beeinträchtigen Ihre Probleme Sie in Ihrem Leben und/oder in Ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit?

Nein Ja

Bitte beschreiben Sie die erlebte Beeinträchtigung:
