

## 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

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

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

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

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

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

Für welche Maßnahme interessieren Sie sich? (Bitte ankreuzen)			
<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"/>	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"/>	Berufsfindung/ Eignungsabklärung	Ich weiß noch nicht, was ich zukünftig machen möchte bzw. wofür ich mich eigne.	bis 3 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)	Sie kehren zu Ihrem Arbeitgeber zurück. Dabei unterstützen wir Sie mit einem professionellen Coaching	bis 9 Monate

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

- DRV                       Arbeitsagentur                       Klinik/Sozialdienst  
 Therapeut/Arzt                       Facebook                       Sonstiges

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

### Haben Sie einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation) gestellt?

- Ja, bei welchem Leistungsträger  
 (z. B. Arbeitsagentur, Deutsche Rentenversicherung, Berufsgenossenschaft,.....)

Nein

Anschrift: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

**Haben Sie bereits eine Informationsveranstaltung im BTZ besucht?**

Nein  Ja am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

**Haben Sie bereits an einer Berufsfindung/Eignungsabklärung teilgenommen?**

Nein  Ja wann: \_\_\_\_\_ wo: \_\_\_\_\_

**Fügen Sie dem Fragebogen einen vollständigen Lebenslauf 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 erfolgt zum Zwecke 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. Zusätzlich steht Ihnen in jedem Fall ein Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu. Diese Einwilligung können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen (Art. 21 DSGVO).

Verantwortlicher f. d. Verarbeitung (Art. 4 Nr. 7 DSGVO):

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

Den Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter:

Berufliches Trainingszentrum Rhein-Neckar gGmbH  
Herr Volker Rehbock  
Lempenseite 46, 69168 Wiesloch  
Tel. 06222 9207 0  
E-Mail: volker.rehbock@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 widerruflich** ist (bei Zustimmung bitte ankreuzen und unterschreiben).*

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen und Ihren Lebenslauf an die untenstehenden Kontaktdaten.**

Berufliches Trainingszentrum Rhein-Neckar  
Lempenseite 46  
69168 Wiesloch

Telefon: 06222-9207-0  
Fax: 06222-9207-400  
E-Mail: [info.btz.wiesloch@srh.de](mailto:info.btz.wiesloch@srh.de)  
[www.btz-rn.de](http://www.btz-rn.de)