

**Fragebogen**

**zur Bewerbung für einen Bundesfreiwilligendienst (BFD) ü27**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (Geschlecht) Anrede | (w) | Frau | (m) | | Herr | | (x) |  |
| Name, Vorname: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | | | |
| Straße & Hausnummer: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | | | |
| Postleitzahl & Wohnort: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | | | |
| Geburtsdatum: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | | | |
| Email-Adresse: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | | | |
| Telefonnummer: | Hier Text eingeben | | | Mobiltelefon: | | Hier Text eingeben | | |
| Staatsangehörigkeit: | Hier Text eingeben | | | Bundesland: | | Hier Text eingeben | | |
| Führerschein: | Hier Text eingeben | | | Religion: | | Hier Text eingeben | | |
| Schulabschluss: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | | | |
| Ausbildung/Beruf: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | | | |
| Sprachen: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | | | |
| Deutschkenntnisse: | Elementar (A1/2)  Selbstständig (B1/2)  Kompetent (C1/2)  Erstsprache | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| In welchem Bereich möchten Sie gern eingesetzt werden? *(Mehrfachnennung möglich)* | | |
| Wohnstätte für Menschen   mit Behinderungen | Werkstatt für Menschen   mit Behinderungen | ambulante Pflege und   Betreuung |
| Altenpflegeheim | Kirchengemeinde | Krankenhaus |
| Kindertagesstätte | Kinder- und Jugendhilfe | Flüchtlingshilfe |
| Welche Aufgaben würden Sie gern übernehmen? | | |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Einsatz – Beginn: | Datum | | |
| Einsatz – Dauer: | 6 Monate | 12 Monate | 18 Monate |
| Einsatz – Zeit: | 20,1 Std. | Anzahl Std. | 38,5 Std. |
| (wöchentlich) | (Mindeststunden) |  | (Vollzeit) |
| Haben Sie bereits Kontakt zu einer Einrichtung? | | Ja | Nein |
| *Wenn ja, bitte Namen* | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| *und Adresse der* |
| *Einrichtung angeben:* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum: |  | Unterschrift: |  |