

Vorname, Nachname:

Wie haben Sie uns gefunden? <input type="checkbox"/> Anzeigen <input type="checkbox"/> Flyer <input type="checkbox"/> Presse <input type="checkbox"/> Social Media <input type="checkbox"/> Veranstaltungen <input type="checkbox"/> Webseite <input type="checkbox"/> Weiterempfehlung
Nationalität <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> _____
Alter
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig/verwitwet/geschieden <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> Eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> in Trennung
alleinerziehend <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Kinder? Wie alt sind diese?
Schulabschluss <input type="checkbox"/> FH-Reife/ Abitur <input type="checkbox"/> Mittlerer Bildungsabschluss <input type="checkbox"/> Hauptschul-/ Werkrealschulabschluss <input type="checkbox"/> Förderschule <input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss <input type="checkbox"/> ohne in D anerkannter Schulabschluss: _____
Berufsabschluss <input type="checkbox"/> mit Berufsabschluss: _____ <input type="checkbox"/> Technikerin / Meisterin: _____ <input type="checkbox"/> abgeschlossenes Studium: _____ <input type="checkbox"/> kein in Baden-Württemberg anerkannter Abschluss: _____ <input type="checkbox"/> kein Ausbildungsabschluss
Wie viele Jahre haben Sie in Ihrem erlernten Beruf Erfahrungen gesammelt? _____ Jahre
Sind Sie im Moment erwerbstätig? <input type="checkbox"/> Nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> Mini-Job <input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/> Sozialversicherungspflichtig beschäftigt: <input type="checkbox"/> Vollzeit oder <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Befristet
Erhalten Sie (finanzielle) Unterstützung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Arbeitssuchend ohne Arbeitslosengeld (ALG) Anspruch <input type="checkbox"/> Arbeitssuchend mit ALG I Bezug <input type="checkbox"/> Arbeitssuchend mit Bürgergeld-Bezug <input type="checkbox"/> Krankengeld <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
Befinden Sie sich im Moment in einer Betreuungs- oder Pflegezeit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Pflegephase <input type="checkbox"/> Betreuungszeit Kinder (ohne Elternzeit) <input type="checkbox"/> Elternzeit ohne Elterngeldbezug <input type="checkbox"/> Elternzeit mit Elterngeldbezug
Welche Tätigkeiten/ Positionen haben Sie bisher ausgeübt?
Wie viele Stunden pro Woche möchten Sie arbeiten?
Was ist Ihr Beratungsanliegen (in einem Satz)?
Was sind Ihre Ziele?