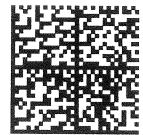


Zusatzfragebogen zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Eigene Angaben zur Person sowie zum schulischen und zum beruflichen Werdegang



Zutreffendes bitte ankreuzen!

Name, Vorname - ggf. auch Geburtsname - , -		Geburtsort	Versicherungsnummer (falls unten nicht eingetragen)			
Straße, Postleitzahl, Wohnort ,						
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr. <input type="checkbox"/> gesch. seit		telefonisch zu erreichen unter	Kundennummer			

1. Schulausbildung

1.1 Besuchte Schule	Schuljahre von - bis		Schuljahre von - bis
<input type="checkbox"/> Förder-/Sonderschule		<input type="checkbox"/>	Fachschule
<input type="checkbox"/> Hauptschule/Polytechn. Oberschule (8 Klassen)		<input type="checkbox"/>	Fachoberschule
<input type="checkbox"/> Realschule (Mittelsch.)/Polytechn. Oberschule (10 Klassen)		<input type="checkbox"/>	Fachhochschule/Fach- oder Ingenieurschule
<input type="checkbox"/> Gymnasium/Erweiterte Oberschule		<input type="checkbox"/>	Hochschule/Universität
<input type="checkbox"/> Berufsschule/Berufsfachschule/-aufbauschule			

1.2 Erreichte Schulabschlüsse bzw. Art der abgelegten Prüfungen

2. Berufsausbildung

2.1 Welche Berufsausbildung haben Sie erhalten?

Berufsausbildung als	vom/bis	Art der abgelegten Prüfung

2.2 Anlernberuf

Wenn ja:

Umschulungsberuf:

2.3 Sind Sie bereits schon einmal umgeschult worden?

nein ja

2.3.1 Aus welchen Gründen erfolgte die Umschulung? Wer war Kostenträger? Aktenzeichen?

--

2.3.2 Wo erfolgte die Umschulung?

--

2.3.3

Abgebrochene Berufsausbildung als	warum abgebrochen?	am
-----------------------------------	--------------------	----

2.4 Teilnahme an Lehrgängen, Fernlehrgängen, Kursen

von - bis

2.5 Fremdsprachenkenntnisse (Sprache, Beherrschungsgrad)

3. Bisher ausgeübte Tätigkeiten

(bitte jede Tätigkeit so genau bezeichnen, dass Ihre besonderen Kenntnisse erkennbar sind)
- Monats- und Jahresangaben genügen -

von	bis	Art der Tätigkeit

4. Name und Anschrift des derzeitigen bzw. des letzten Arbeitgebers

Firma		Anschrift	
ggf. Gründe für die Aufgabe des letzten Beschäftigungsverhältnisses		Dauer der Beschäftigung von - bis	

4.1 Wird eine Wieder- oder Weiterbeschäftigung beim letzten Arbeitgeber gewünscht? nein ja

4.2 Zuletzt erzieltetes Durchschnitts-
einkommen

pro Woche	DM/Euro
-----------	---------

pro Monat	DM/Euro
-----------	---------

5. Arbeitssuchend gemeldet am bei Ag. für Arbeit	Arbeitslos gemeldet am	ggf. Grad der Behinderung
	bei Ag. für Arbeit	

6.1 Als Schwerbehinderter anerkannt/ oder einem Schwerbehinderten gleichgestellt nein ja

6.2 Besitzen Sie eine Wertmarke des Versorgungsamtes, mit der Sie öffentliche Nahverkehrsmittel benutzen können? ja nein

Geltungsdauer von _____ bis _____	Können Sie die Wertmarke kostenlos erhalten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--------------------------------------	--

7. Angaben über Ihre Beschäftigung/Tätigkeit, die Sie bei Antragstellung bzw. zuletzt ausgeübt haben

7.1 Art Ihrer Tätigkeit am Arbeitsplatz

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ständig stehend | <input type="checkbox"/> an laufenden Maschinen | <input type="checkbox"/> Heben und Tragen von Lasten bis 7 kg |
| <input type="checkbox"/> gehend und stehend | <input type="checkbox"/> oft in gebückter Stellung | <input type="checkbox"/> Heben u. Tragen von Lasten über 7-20 kg |
| <input type="checkbox"/> ständig sitzend | <input type="checkbox"/> oft mit erhobenen Armen | <input type="checkbox"/> Heben u. Tragen von Lasten über 20 kg auf Gerüsten und Leitern |
| <input type="checkbox"/> in Wechsel von stehen/gehen/sitzen | <input type="checkbox"/> oft kniend, hockend usw. | <input type="checkbox"/> hautempfindliche Arbeiten |
| | | <input type="checkbox"/> Erfordernis von Schwindelfreiheit und Gleichgewichtssinn |

Art ihrer Tätigkeit am Arbeitsplatz

- regelmäßig
- unregelmäßig
- halbtags
- Teilzeitarbeit, tägl. _____ Std. an _____ Tage(n) je Woche

Arbeitsweise

- Zweischicht
- Nachtschicht
- Fließbandakkord
- Einzelakkord bzw. Stückakkord
- Gruppenakkord

Äußere Einflüsse

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> EDV-Bildschirmarbeit | <input type="checkbox"/> Nässe | <input type="checkbox"/> starke Staubentwicklung |
| <input type="checkbox"/> angestrengtes Sehen (Feinarbeit) | <input type="checkbox"/> Kälte | <input type="checkbox"/> belastigende Rauchentwicklung |
| <input type="checkbox"/> Arbeit im Freien | <input type="checkbox"/> Hitze | <input type="checkbox"/> belastigende Gase oder Dämpfe |
| <input type="checkbox"/> überwiegend witterungsgeschützt | <input type="checkbox"/> Zugluft | <input type="checkbox"/> chemische Einflüsse oder Allergie gegen bestimmte Materialien |
| <input type="checkbox"/> Arbeit in offenen Rohbauten o.ä. | <input type="checkbox"/> Druckluft | |
| <input type="checkbox"/> Arbeit bei künstlichem Licht | <input type="checkbox"/> starker Lärm (dauernd?) | |
| | <input type="checkbox"/> starker Lärm (zeitweilig?) | |

Sonstiges

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Verantwortung | <input type="checkbox"/> unregelmäßiges Essen |
| <input type="checkbox"/> ständige Konzentration nötig | <input type="checkbox"/> Kantinenessen |
| <input type="checkbox"/> Führungsaufgaben | <input type="checkbox"/> Diät nicht möglich |
| <input type="checkbox"/> Anlagensteuerung (Überwachung) | |
| <input type="checkbox"/> Auswärts-Montage | |
| <input type="checkbox"/> Reisetätigkeit | |

Fahren von Kraftfahrzeugen

- PKW
- LKW ohne Ladearbeiten
- LKW mit schweren Ladearbeiten
- sonstige Fahrzeuge
- Baumaschinenfahrer (Kran, Bagger, etc.)

7.2 Weitere Bemerkungen zu Ihrer Tätigkeit (z.B. besonders erschwerte Arbeitsbedingungen)

Name, Vorname, Kundennummer: _____

8. **Warum glauben Sie, die bisherige Arbeit nicht mehr verrichten zu können** (gesundheitlich bzw. andere Gründe)?
– Beschwerden angeben – (Sofern dieser Raum für eine Begründung nicht ausreicht, ggf. zusätzliches Blatt verwenden)

9. **Ist Rente wegen vermindernder Erwerbsfähigkeit (Rente wegen Berufsunfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit/teilweiser oder voller Erwerbsminderung, Rente für Bergleute) beantragt bzw. bewilligt worden?**

Falls ja: _____ nein ja

beantragt bei:
bewilligt von:

Die vorstehenden Angaben habe ich nach bestem Wissen gemacht. Zur Nachprüfung meiner Angaben stelle ich auf Verlangen vorhandene Nachweise und Unterlagen zur Verfügung.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers