**Lebenslauf**

*Bitte füllen Sie den nachfolgenden Fragebogen* ***persönlich*** *und so sorgfältig und vollständig wie möglich aus, damit wir uns ein umfassendes Bild von Ihnen machen können.*

 Sollten Sie Fragen haben, wenden Sie sich an ihren zuständigen Sozial Dienst.

**1. Persönliche Daten und Familie**

**Persönliche Daten:**

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Geburtsort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. Beruflicher Werdegang**

**Schul-/Ausbildung:**

|  |  |
| --- | --- |
| Datum  | Schule |
|  bis  |   |
|  bis  |   |
|  bis  |   |
|  bis  |   |

Welchen Schulabschluss besitzen Sie? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Arbeit/Praktika:** (einschl. Ihrer Arbeit in der JVA)

|  |  |
| --- | --- |
| Datum  | Arbeitsstelle |
|  bis  |   |
|  bis  |   |
|  bis  |   |
|  bis  |   |

**Besondere Kenntnisse:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. Lebenspraktischer Bereich**

**Wohnen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wo waren Sie zuletzt wohnhaft gemeldet? | Straße: |  |
| PLZ / Adresse: |  |
| Lebten Sie dort wo Sie wohnhaft gemeldet waren? | Nein [ ]  | Ja [ ]   |
| Wenn Nein, wo lebten Sie? |
|   |
| Wohnten Sie schon einmal in einer eigenen Wohnung/Haus? | Nein [ ]  | Ja [ ]   |
| Wohnten Sie schon einmal in einer Wohngemeinschaft? | Nein [ ]  | Ja [ ]   |
| Wenn Sie sich zurück erinnern, kamen Sie da in Ihrer Wohnung/ Ihrem Haus gut zurecht oder bereitet Ihnen etwas Schwierigkeiten? |
|   |
|   |
| **Welche Notwohnmöglichkeiten haben Sie nach Haft sonst? (Fam. Freunde, Bek. Usw.)** |
|   |
|   |
| Lag gegen Sie schon einmal eine Räumungsklage vor? | Nein [ ]  | Ja [ ]   |

Bitte bewerten Sie auf einer Skala von 1 – 10 Ihren Umgang mit Geld?

(1 = Ich habe Schwierigkeiten mit Geld umzugehen / 10 = Ich habe keine Probleme mein Geld zu verwalten)

 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

[ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

**4.Freizeitgestaltung**

**Freizeitaktivitäten:**

|  |  |
| --- | --- |
| Was machen Sie in Ihrer Freizeit gerne? (z.B. Hobbys) |   |
|   |
|   |
| Besitzen Sie eine Mitgliedschaft in einem Verein? (z.B. Sportverein) | Nein [ ]  | Ja [ ]  / Seit  |
| Wo sind Sie Mitglied? |
|   |
|   |
| Was würden Sie gerne nach Ihrer Entlassung machen? |   |
|   |
|   |

**5. Sozialer Bereich**

**Tragen Sie in das Soziale Atom bitte alle für Sie wichtigen sozialen Beziehungen ein. Versuchen Sie dabei so gewissenhaft wie möglich vorzugehen.**

**Beachten Sie:** *Personen zu denen Sie ein sehr gutes Verhältnis haben sollten sich näher an der Mitte befinden, als entfernte Verwandte.*

**ICH**

**Legende:**

intakte Beziehung

 problematische Beziehung

 // Beziehungsabbruch

**Hilfesystem**

**6. Haftstrafen/Gerichtliche Auflagen**

**Haftstrafen:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Momentane Haftstrafe* | Seit: | Bis: | Straftat: |
|   |   |   |
| Welche JVA ist für Sie zuständig? |   |
| Wer ist ihr/e Ansprechpartner/-in beim Sozialdienst der JVA? |   |
| *Frühere Haftstrafen* | Von:  | Bis:  | Straftat: |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
| *Haftzeit insgesamt:* |  Jahre und Monaten |

**Gerichtliche Auflagen:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Gerichtliche Auflagen* | Nein [ ]  | Ja [ ]   |
| Welche Auflagen haben Sie?  |
|   |
|   |
|   |
|   |
| *Bewährungshilfe* | Nein [ ]  | Ja [ ]   |
| Wer ist Ihr Bewährungshelfer? |
|   |

**Verfahren:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Offene Verfahren* | Nein [ ]  | Ja [ ]   |
| Welche Verfahren sind noch offen? |
|   |
|   |
|   |

**Wann werden Sie voraussichtlich aus der Haft entlassen?**

Ich werde am aus der Haft entlassen und benötige ab dem ein Zimmer in der WG Anker.

**7. Suchtmittelabhängigkeit**

 **Suchtmittelkonsum:** (einschl. Substitutionsmittel)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Suchtmittel** | Von (Jahr) | Bis (Jahr) |
| 1.  |   |   |
| 2.  |   |   |
| 3.  |   |   |
| 4.  |   |   |
| 5.  |   |   |
| *Substitutionsprogramm* | Nein [ ]  | Ja [ ]  / Seit  |

 **Wie oft haben Sie vor Ihrer Haftstrafe Alkohol getrunken?**

[ ]  Nie [ ]  1 Mal pro Monat [ ]  2-4 Mal pro Monat [ ]  2-3 Mal pro Woche [ ]  4 oder mehr Mal die Woche

**Wie viele Gläser Alkohol haben Sie an einem solchen Tag i.d.R. getrunken?**

Ein Glas Alkohol entspricht etwa: 0,50 Liter Bier

0,15 Liter Wein oder Sekt

0,02 Liter Spirituosen

 [ ]  1-2 Gläser [ ]  3-4 Gläser [ ]  5-6 Gläser [ ]  7-8 Gläser [ ]  10 oder mehr Gläser

 **Substanzungebundene Abhängigkeiten:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Leiden sie an einer sog. Substanzungebundenen Sucht? (Spielsucht, Medienabhängigkeit, usw.)* | Nein [ ]  | Ja [ ]  / Seit  |
| Sucht:  |

**Medizinisch/Therapeutische Maßnahmen:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Entgiftungen* | Anzahl gesamt:  | Anzahl regulär beendet:  |
| *Therapien* | Anzahl gesamt:  | Anzahl regulär beendet:  |
| *Letzte stat. Therapie* | Von:  | Bis:  | Wo:  |
| *Drogenfreie / Cleane Zeit in den letzten 5 Jahren* | Von:  | Bis:  |
| Von:  | Bis:  |
| Von:  | Bis:  |

Abstinent seit Monaten

**8. Bereich Erkrankungen / Gesundheit**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Gesundheitliche Einschränkungen:* | Nein [ ]  | Ja [ ]   |
| Welche gesundheitlichen Beschwerden haben Sie?  |
|   |
|   |
|   |
| *Leiden Sie an irgendwelchen infektiösen Krankheiten? (Hepatitis C, HIV, usw.)* |   |
|   |
|   |
| *Psychische Erkrankungen* | Nein [ ]  | Ja [ ]   |
| Welche psychischen Erkrankungen haben Sie? |
|   |
|   |
|   |
| ***Kontakt:*** | Notieren Sie bitte kurz, die für Sie wichtigsten medizinischen Kontakte. |
| Name | Adresse | Telefonnummer: |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**9. Sozialleistungsansprüche**

**Welche Sozialleistungen beziehen Sie voraussichtlich nach Ihrer Haftentlassung?**

Keine [ ]  Krankengeld [ ]

SGB I (Arbeitslosengeld I) [ ]  Sonstiges: [ ]

 SGB II (Arbeitslosengeld II) [ ]  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**10. Schulden**

**Schulden**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Besitzen Sie zurzeit irgendwelche Schulden?* | Nein [ ]  | Ja [ ]   |
| Wie hoch sind in etwa ihre aktuellen Schulden?  |
|   |
| *Tragen Sie bitte in die nachfolgende Liste alle Ihre Gläubiger/-innen ein.* |
| *Gläubiger/in* | *Gläubigervertretung z.B. Inkasso oder Rechtsanwalt* | *Forderungshöhe (in etwa)* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Schuldenbereinigungs-/Insolvenzverfahren**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Wurde für Sie schon einmal ein Schuldenbereinigungs-bzw. Insolvenzverfahren begonnen?* | Nein [ ]  | Ja [ ]  / Datum Beginn?  |
| *Wenn Ja von wem?* |
|  |

**Bitte senden Sie uns den Fragebogen an die folgende Adresse zu:**

Kontakt Regensburg e.V.

Hemauerstraße 6, 93047 Regensburg

**Anhang**

**Schweigepflichtentbindung (§ 203 StGB, SGB)**

Ich,

geb. am

bin über die gesetzliche Schweigepflicht umfassend unterrichtet worden.

Ich entbinde die Mitarbeiter vom Kontakt Regensburg e.V. von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber den Dritten im Hilfeprozess beteiligten Behörden, Ämtern, Institutionen und Firmen.

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt umgekehrt auch für die Mitarbeiter der im Hilfeprozess beteiligten Mitarbeitern von JVA, Behörden, Ämtern, Institutionen und Firmen gegenüber den Mitarbeitern des Kontakt Regensburg e.V.

Mir ist weiter bekannt, dass eine Übermittlung personenbezogener Daten und Sozialdaten entsprechend gesetzlicher Vorgaben aus der Sozialgesetzgebung (SGB) stattfindet.

Anlass der Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist die bedarfsgerechte Betreuung und Beratung in Hinblick meiner Resozialisierung (insbesondere bei Hilfestellungen zur Wohnungsfindung und -finanzierung), die für meine Belange wesentlich sind. Ich ermögliche hiermit die Einholung und Übermittlung von Informationen und Stellungnahmen.

Die Erklärung ist zu jedem Zeitpunkt widerrufbar. Ansonsten gilt sie über meinen Tod hinaus.

Ich wurde ausführlich über Sinn und Zweck dieser Schweigepflichtentbindung sowie über die Verweigerung beraten.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontakt Regensburg e.V. Klient/-in

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum