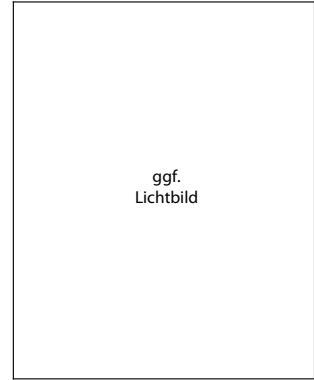


Personalfragebogen
für die Bewerbung um Einstellung als Beschäftigte/r



Beantworten Sie bitte sämtliche Fragen in lesbarer Schrift (gegebenenfalls Druckschrift). Daten geben Sie bitte mit Tag, Monat und Jahr an. Sollte eine Frage auf Sie nicht zutreffen, ist das Wort "entfällt" einzusetzen. Etwaige Zweifel bei der Beantwortung der Fragen können Sie bei Ihrer Personalstelle klären. Aus dem von Ihnen ausgefüllten Personalfragebogen können Sie keine Ansprüche herleiten. Es wird darauf hingewiesen, dass bei Antworten, die einer Bewertung unterliegen, stets die Gesamtumstände des persönlichen Werdegangs berücksichtigt werden.

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Bei nicht ausreichendem Platz bitte weitere Angaben auf gesondertem Blatt beifügen und unterschreiben!

Vom Bewerber – Von der Bewerberin – auszufüllen																													
1.	Name (ggf. auch Geburtsname)																												
2.	Vornamen (Rufname unterstreichen)																												
3.	<table border="1"> <tr> <td>geboren am</td> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> <td>in</td> <td>Staatsangehörigkeit</td> </tr> <tr> <td></td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> </table>	geboren am	Tag	Monat	Jahr	in	Staatsangehörigkeit																						
geboren am	Tag	Monat	Jahr	in	Staatsangehörigkeit																								
4.	Anschrift, Telefon																												
5.	Geburtsname der Mutter (bei Adoptierten Geburtsname der Adoptivmutter - ohne Vornamen -)																												
6.	<table border="1"> <tr> <td>Familienstand</td> <td>Seit dem _____</td> <td>Seit dem _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ledig</td> <td><input type="checkbox"/> verheiratet</td> <td><input type="checkbox"/> geschieden</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft</td> <td><input type="checkbox"/> verwitwet</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft aufgehoben</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> überlebende/überlebender eingetragene(r) Lebenspartner(in)</td> </tr> </table>	Familienstand	Seit dem _____	Seit dem _____	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden		<input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft	<input type="checkbox"/> verwitwet			<input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft aufgehoben			<input type="checkbox"/> überlebende/überlebender eingetragene(r) Lebenspartner(in)													
Familienstand	Seit dem _____	Seit dem _____																											
<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden																											
	<input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft	<input type="checkbox"/> verwitwet																											
		<input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft aufgehoben																											
		<input type="checkbox"/> überlebende/überlebender eingetragene(r) Lebenspartner(in)																											
7.	<table border="1"> <tr> <td>Kinder</td> <td colspan="3">geboren am</td> </tr> <tr> <td>Namen und Vornamen</td> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td>1.</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Kinder	geboren am			Namen und Vornamen	Tag	Monat	Jahr	1.				2.				3.				4.				5.			
Kinder	geboren am																												
Namen und Vornamen	Tag	Monat	Jahr																										
1.																													
2.																													
3.																													
4.																													
5.																													
8.	<p>Sind Sie anerkannte(r) Schwerbehinderte(r)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Falls ja: Grad der Behinderung (GdB) _____</p> <p>lt. Schwerbehindertenausweis Nr. _____ vom _____</p> <p>Falls ja: Bitte entsprechende Nachweise beifügen!</p> <hr/> <p>Sind Sie von der Agentur für Arbeit einer/einem Schwerbehinderten gleichgestellt worden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Falls ja: Grad der Behinderung (GdB) _____</p> <p>lt. Bescheid der Agentur für Arbeit vom _____</p>																												
9.	<p>Sind Sie politisch oder rassistisch Verfolgte/r des Nationalsozialismus im Sinne des PrVG? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Falls ja: Bitte entsprechende Nachweise beifügen!</p>																												

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Bei den Fragen 11 bis 14 geben Sie bitte auch eine zur Zeit laufende Schul-, Hochschul- oder Berufsausbildung bzw. laufende Aus-, Fort- und Weiterbildungskurse an!				
10.	Allgemeinbildende Schule	vom	bis zum	
	Schulabschluss			
11.	Weiterführende Schulbildung (z. B. Berufsfachschule, Fachoberschule, Handelsschule)			
	Art bzw. Name der Schule	in		
			vom	bis zum
			vom	bis zum
		vom	bis zum	
Prüfung bzw. Abschluss:				
12.	Studium an einer Hochschule (einschließlich Fachschule, Fachhochschule, Akademie)			
	Art des Studiums/Fachrichtung	vom	bis zum	
		vom	bis zum	
	besuchte Hochschulen			
	Art der Abschlussprüfung		bestanden am	
			bestanden am	
	<input type="checkbox"/>	Promotion zum		am
	<input type="checkbox"/>	Diplom als		am
	<input type="checkbox"/>	staatl. Anerkennung/Erlaubnis als		am
	<input type="checkbox"/>	Approbation als Arzt/Ärztin		am
	<input type="checkbox"/>	Facharzt/-ärztin bzw. Gebietsbezeichnung		am
	<input type="checkbox"/>	2. Staatsprüfung		am
<input type="checkbox"/>	Bachelor		am	
<input type="checkbox"/>	Magister		am	
<input type="checkbox"/>			am	
<input type="checkbox"/>			am	
13.	Berufsausbildung, Fortbildung einschließlich Weiterbildung, Umschulung			
	Art/Fach:	vom	bis zum	
	Lehranstalt/Ausbildungsstätte			
	Bezeichnung der Abschlussprüfung		bestanden am	
	Meisterprüfung als		bestanden am	
	Sonstige Aus- und Fortbildungen sowie Prüfungen			
	bestanden am			
14.	Besondere Kenntnisse und Fertigkeiten, insbesondere für die auszuübende Tätigkeit			
	Kurzschrift Silbenzahl:		Prüfung bestanden am	
	Maschinenschreiben Anschläge:		Prüfung bestanden am	
	Übertragung von Phonodiktaten Anschläge:		Prüfung bestanden am	
	Sonstiges, z. B.: Fremdsprachen (Umfang der Kenntnisse, Prüfungen, Zertifikat), Führerschein (Klasse)			

Bisherige Tätigkeiten

Zutreffendes in Spalte "vollbeschäftigt" bitte ankreuzen!

15.	Standen Sie in der Vergangenheit jemals in einem Arbeits- oder einem sonstigen Beschäftigungsverhältnis? <input type="checkbox"/> ja (dann bitte diese wie ggf. sämtliche sonstige Tätigkeiten in der Rubrik 15 a darlegen) <input type="checkbox"/> nein						
15a.	Geben Sie bitte nachstehend in chronologischer Reihenfolge lückenlos alle Tätigkeiten an, die Sie im Anschluss an Ihre Schul- und Berufsausbildung beruflich ausgeübt haben. Anzugeben sind ferner Zeiten einer Arbeitslosigkeit, eines Wehr-bzw. Wehersatzdienstes (bis 30.06.2011), eines Bundesfreiwilligendienstes (BFD ab 01.07.2011), eines freiwilligen sozialen Jahres o. ä. und als Entwicklungshelfer/in						
Arbeitgeber, Dienstherr, freiwillige Tätigkeit, Wehr- oder Ersatzdienst (bis 30.06.2011), Bundesfreiwilligendienst (ab 01.07.2011), arbeitslos usw.	Art der Tätigkeit ¹⁾	vollbeschäftigt?		vom	bis zum	Grund des Ausscheidens ²⁾ a) arbeitgeberseitige Kündigung b) eigene Kündigung c) Zeitablauf d) Auflösungsvertrag e) sonstiger Tatbestand	Blatt Pers.-Akte
		ja	nein				

1) Bei Tätigkeit im öffentlichen Dienst bitte die letzte Vergütungs-, Lohn- Besoldungs- oder Gehaltsgruppe angeben
 2) Bei den Tatbeständen a) bis d) nur den betreffenden Buchstaben einsetzen.

Zutreffendes bitte ankreuzen!

16.	Wie lautet Ihre Versicherungsnummer in der Sozialversicherung?		
17.	Sind Sie Mitglied einer Krankenkasse? Falls ja, welcher?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
18.	Beziehen Sie Renten, Versorgungs- bzw. Hinterbliebenenbezüge Falls ja: _____ € monatlich Art und Feststellungsbehörde:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> Ich habe einen Antrag gestellt <input type="checkbox"/>
19.	Waren Sie jemals bei der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL) oder einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung versichert (Pflichtversicherung, freiwillige Weiterversicherung, beitragsfreie Versicherung)? Falls ja, bei: _____ Vers.-Nr.: _____	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Haben Sie Beiträge/Beitragsanteile zurückgezahlt/erstattet erhalten?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Wurde eine Abfindung gewährt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Hat Ihr letzter oder ein früherer Arbeitgeber Ihnen Zuschüsse zu den Beiträgen für eine Lebensversicherung oder zu einer öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung im Sinne des § 6 Abs. 1 SGB VI (z. B. Ärzteversorgung) gezahlt? Falls ja, folgender Arbeitgeber: _____ vom _____ bis zum _____	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
20.	Werden Sie nach Einstellung eine Nebentätigkeit/andere Tätigkeit ausüben? Falls ja, folgende:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
21.	Laufen gegen Sie Zwangsvollstreckungsmaßnahmen oder ist damit zu rechnen, dass Teile Ihres Arbeitsentgelts auf Grund ihrer Lohnpfändung oder Abtretungserklärung an Dritte abgeführt werden müssen? Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben (gesondertes Blatt).	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
22.	Ist Ihnen die Fähigkeit zur Bekleidung öffentlicher Ämter aberkannt worden?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Ich versichere nach bestem Wissen und Gewissen, vorstehende Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Es ist mir bekannt, dass falsche Angaben bei etwa erfolgter Einstellung die Entlassung nach sich ziehen können. Mir ist bekannt, dass ich im Falle meiner Einstellung jede Änderung der in den Nummern 1 bis 20 angegebenen Verhältnisse unaufgefordert meiner Personalstelle mitzuteilen habe. Mir ist ferner bekannt, dass im Falle meiner Einstellung personenbezogene Daten gespeichert werden, soweit dies zur Erfüllung der den Arbeitgebern obliegenden Aufgaben erforderlich ist.

Berlin, den _____

(Vor- und Zuname, ggf. Geburtsname)

Fügen Sie bitte dem Fragebogen bei:

1. etwa notwendige Ergänzungen zu Ihren Antworten auf einzelne Fragen;
2. beglaubigte Abschriften bzw. Kopien (**nicht** Originale) Ihrer Prüfungs- und Beschäftigungszeugnisse.