



Sehr geehrter Bewerber,

Sie haben sich um die Aufnahme zum Sozialpädagogischen Wohnen gem. § 67-69 SGB VII im **LUKAS-HAUS** beworben. Um Sie etwas näher kennenzulernen, würden wir gerne von Ihnen erfahren, was Sie bestärkt hat, sich an uns zu wenden, welche Hilfen Sie von uns erwarten und welche Vorstellungen und Ziele Sie selbst haben.

Zu diesem Zweck haben wir den vorliegenden Fragebogen erstellt. Bitte beantworten Sie alle Fragen des Fragebogens möglichst ausführlich und sorgfältig. Erfahrungsgemäß ist es hilfreich, die Fragen gemeinsam mit einer Person, der Sie vertrauen (einer Bezugsperson oder einem Angehörigen) zu besprechen, wenn dies möglich ist.

**Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass wir Ihre Angaben vertraulich behandeln!**

Den ausgefüllten Fragebogen sowie folgende weitere Unterlagen

- einen Lebenslauf
- Passkopie und Aufenthaltsnachweis (nur bei nicht deutschen Bewerbern)
- die unterzeichnete Einverständniserklärung zur Aktenvernichtung

senden Sie bitte an folgende Adresse:

**LUKAS-HAUS**

Shireen Horn  
Immestraße 59  
45127 Essen

Mail: shireen.horn@csuw-essen.de

Telefon: 0201 85688 143

Fax: 0201 85688 172

**Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit!**



## Angaben zur Person

Datum: \_\_\_\_\_

Name		Vorname	
Aktuelle Anschrift	Straße, Hausnr.		
bzw.			
Letzte Meldeadresse	PLZ, Ort		
Geburtsdatum		Geburtsort	
Nationalität / Status			
Familienstand		Kinder (Anzahl)	
Konfession			
Telefonnummer			

<b>Ausländerrechtlicher Status</b> (bitte ausfüllen, wenn sie nicht deutscher Staatsbürger sind)
<input type="radio"/> Aufenthaltserlaubnis (§ 7 AufenthG) befristet bis _____ <input type="radio"/> unbefristet
<b>Bitte Farbkopie des Passes oder Bescheinigung beilegen</b>

## Schul- und Berufsausbildung

Was ist ihr höchster Schulabschluss?	
Welche Berufsausbildung besteht? (bei angefangen Ausbildungen bitte die Ausbildungsdauer angeben)	

## Finanzieller und Sozialhilferechtlicher Status

<b>Krankenversicherungsstatus</b> (bitte ankreuzen wo Sie zuletzt krankenversichert waren)	<b>Wovon haben Sie zuletzt Ihren Lebensunterhalt bestritten?</b> (Zutreffendes bitte ankreuzen)	
<input type="radio"/> Pflichtversichert bei:	<input type="radio"/> Erwerbstätigkeit	
<input type="radio"/> Familienversichert bei:	<input type="radio"/> ALG I	<input type="radio"/> ALG II
<input type="radio"/> Freiwillig versichert bei:	<input type="radio"/> Rente	
<input type="radio"/> Sonstiges:	<input type="radio"/> Grundsicherung	



## Haft

Wie oft inhaftiert?	
Gesamtdauer aller Haftstrafen in Monaten	
<b>Gründe für die bisherigen Inhaftierungen</b> <input type="radio"/> BtMG <input type="radio"/> Totschlag <input type="radio"/> Raub <input type="radio"/> Diebstahl <input type="radio"/> Körperverletzung <input type="radio"/> Zuhälterei <input type="radio"/> Sonstiges (bitte angeben) _____	
Therapie statt Strafe	Streben Sie eine Therapie nach § 35 BtMG an? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

## Kontaktpersonen

	Name	Adresse
Gesetzliche/r Betreuer/in:		
Bewährungshelfer/in:		
Rechtsanwalt/in:		
Drogenberater/in:		
Sonstige		

## Aufenthalte in den letzten 5 Jahren

Datum	Adresse	Unterkunftsart/ Art der Einrichtung
<small>Zum Beispiel: 01.01.2008 - 10.10.2009</small>	<small>Straße, Hausnummer, PLZ, Ort</small>	<small>Eigene Wohnung, JVA, Entgiftungs- behandlung, Stationäre Therapie, etc.</small>

## Aktuelle Wohnsituation

<input type="radio"/> ohne festen Wohnsitz	<input type="radio"/> mit <input type="radio"/> ohne Meldeadresse	in <small>(bitte Ort angeben)</small>
<input type="radio"/> eigene Wohnung	<input type="radio"/> ungekündigt <input type="radio"/> gekündigt	zum <small>(bitte Zeitraum angeben)</small>
<input type="radio"/> bei Eltern	<input type="radio"/> bei anderen Familienmitgliedern	<input type="radio"/> bei Freunden/Bekannten
<input type="radio"/> in anderer Einrichtung	Bitte Namen und Anschrift angeben:	



## Inanspruchnahme von Eingliederungshilfe

Haben Sie schon einmal Eingliederungshilfe gemäß § 53 SGB XII in Anspruch genommen?

☐ Nein

☐ Ja

☐ Bin mir nicht sicher

Wenn ja, wann und wo?

Bitte nennen Sie den Namen der Einrichtung oder des Anbieters (bei ambulanter Hilfe) und den Zeitraum der Hilfe:

## Sucht

<b>Besteht oder bestand ein missbräuchlicher Konsum von Drogen, Medikamenten oder Alkohol</b>		<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	
<b>Wenn ja, was konsumieren Sie?</b>			

<b>Besteht eine Abhängigkeit von Drogen oder Alkohol</b>		<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	
<b>Wenn ja, abhängig von welchem Stoff?</b>			
<b>Seit wann?</b>			

<b>Letzter Konsum war am:</b>	(bitte Zeitraum angeben)		
<b>Was wurde konsumiert?</b>			
<b>Bei Opiatabhängigkeit:</b>	Substitution:	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	
<b>Dosierung (bitte in mg angeben) und Art des Substituts:</b>	_____ mg	<input type="radio"/> Methadon <input type="radio"/> Polamidon <input type="radio"/> Subutex	

**Bestehen bei Ihnen weitere Abhängigkeitssymptome (z.B. Spielsucht, PC-Sucht, Medikamentenabhängigkeit)?**

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

Wie oft?

\_\_\_\_\_

Wann zuletzt?

\_\_\_\_\_



**Haben Sie schon einmal eine stationäre Therapie absolviert?**

☐ Nein

☐ Ja, ambulant

☐ Ja, stationär

Nennen Sie bitte nur die letzten 3 Therapien, wenn vorhanden

Wenn ja, wann?	Wo?	abgeschlossen:
		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

## Psychische Erkrankungen

Wurde bei Ihnen schon einmal eine psychische Erkrankung diagnostiziert?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, mit welcher Diagnose?

Haben Sie aktuell eine psychische Erkrankung?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, mit welcher Diagnose?

Nehmen Sie aufgrund der psychischen Erkrankung regelmäßig Medikamente?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, nennen Sie bitte das Medikament und die entsprechende Dosierung:


## Körperliche Erkrankungen

Wurden bei Ihnen körperliche Erkrankungen diagnostiziert?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, mit welchen Diagnosen?


Nehmen Sie aufgrund der körperlichen Erkrankungen regelmäßig Medikamente?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, nennen Sie bitte die Medikamente:




**Beschreiben Sie bitte Ihre Probleme:**


**Was belastet Sie an diesen Problemen derzeit am meisten?**


**Beeinträchtigen Ihre Probleme Sie in Ihrem Leben und/oder in Ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit?**

☐ Nein

☐ Ja

**Bitte beschreiben Sie die erlebte Beeinträchtigung:**




**Was möchten Sie verändern?**


**Welche Ziele haben Sie??**


**Welche Hilfen erwarten Sie von uns?**

(z.B. Umgang mit der Suchterkrankung, Beziehungsgestaltung, Haushaltsführung; Freizeitgestaltung, Arbeit)


**Wir bedanken uns für die Beantwortung der Fragen.**

**Wenn Sie noch weitere Anmerkungen machen möchten, nutzen Sie bitte dieses Feld:**

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

Bei der Beantwortung der Fragen wurde ich unterstützt von

Anrede Vorname Name

Funktion (z. B. Drogenberater, Familienmitglied, Arzt etc.)



## Einwilligungserklärung

Ich, \_\_\_\_\_, erkläre mich einverstanden, dass meine  
Vorname Name  
persönlichen Daten ausschließlich zum Zweck der Antragsbearbeitung in Schriftform oder EDV-  
gestützt erhoben, gespeichert, verarbeitet und genutzt werden.

Die Daten werden unwiderruflich gelöscht bzw. vernichtet, sobald entschieden ist, dass es nicht zu einer Aufnahme kommen wird.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift

Unterschrift rechtliche Vertretung

Handakte vernichtet am \_\_\_\_\_

Vernichtet von \_\_\_\_\_