

IBAS – Check

Datum Erstkontakt: _____

Nr.: _____

Wie sind Sie auf uns (IBAS-Beratung) aufmerksam geworden? Wer hat Sie zu uns geschickt?

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Agentur für Arbeit | <input type="checkbox"/> Beratungsstelle (auch MBE/JMD) | <input type="checkbox"/> Anerkennungsstelle | <input type="checkbox"/> Ausländerbehörde |
| <input type="checkbox"/> Jobcenter | <input type="checkbox"/> Freunde/Familie/Community | <input type="checkbox"/> Bildungsdienstleister | <input type="checkbox"/> Internet/Portale |
| <input type="checkbox"/> Arbeitgeber/Betrieb | <input type="checkbox"/> Sonstiges: (Bitte eintragen!) _____ | | |

 Familienname: _____ Geschlecht: m w d

Vorname: _____ Geburtsjahr: _____

Wohnort (Stadt/Land): _____

E-Mail: _____ Telefon: _____

Geburtsland: _____ Nationalität: _____

 Seit wann leben Sie in Deutschland? Einreise (Jahr/Monat): _____ Ich lebe (noch) im Ausland.

	Abschluss 1		Abschluss 2	
(Bitte nur die höchsten Abschlüsse!)	<input type="checkbox"/> Schulabschluss	<input type="checkbox"/> Berufliche Ausbildung	<input type="checkbox"/> Schulabschluss	<input type="checkbox"/> Berufliche Ausbildung
	<input type="checkbox"/> Studium an Universität/Hochschule		<input type="checkbox"/> Studium an Universität/Hochschule	
Land des Abschlusses				
Name der Schule/Universität, Stadt				
Name des Abschlusses (Fachrichtung/Beruf) in Originalsprache:				
auf Deutsch:				
Dauer der Ausbildung/des Studiums (in Jahren)				
Abschlussjahr				
Berufserfahrung in diesem Beruf	in Deutschland:	nicht in Deutschland:	in Deutschland:	nicht in Deutschland:
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Jahre:	Jahre:	Jahre:	Jahre:
Referenzberuf				
Wurde schon ein Antrag gestellt?	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> ja, Antrag auf Anerkennung		<input type="checkbox"/> ja, Antrag auf Anerkennung	
	<input type="checkbox"/> ja, Antrag auf Zeugnisbewertung (ZAB)		<input type="checkbox"/> ja, Antrag auf Zeugnisbewertung (ZAB)	
Wenn ja, welches Ergebnis?	<input type="checkbox"/> Anerkennung	<input type="checkbox"/> mit Auflagen	<input type="checkbox"/> teilweise gleichwertig	<input type="checkbox"/> Ablehnung
	<input type="checkbox"/> positive ZAB-Zeugnisbewertung	<input type="checkbox"/> Ablehnung der ZAB	<input type="checkbox"/> Verfahren noch nicht abgeschlossen	

In welchem Bereich/Beruf wollen Sie arbeiten? Für welchen Beruf brauchen Sie die Anerkennung?

Haben Sie eine Arbeit? (Berufliche Situation/Erwerbstätigkeit)

- ja, in Deutschland nein, ich bin in Ausbildung/Qualifizierung (auch Sprachkurs, Praktikum)
 ja, im Ausland nein

Wenn ja, in Deutschland: Um welche Art der Arbeit handelt es sich?

- beitragspflichtig beschäftigt geringfügig beschäftigt selbstständig
 (auch Freiwilligendienste) (bis 450€/Minijob)

Bekommen Sie Geld von Agentur für Arbeit oder Jobcenter? (Leistungsbezug)

- nein, ich bekomme kein Geld Arbeitslosengeld I (von Agentur für Arbeit)
 (ergänzendes) Arbeitslosengeld II (Jobcenter) (ergänzender) Bezug nach AsylbLG (vom Sozialamt)

Welchen Aufenthaltstitel/Aufenthaltsstatus haben Sie?

- kein Aufenthaltstitel, da Wohnsitz im Ausland

Flucht/Asyl:

- Deutsch od. Staatsbürger/in EU/EWR/Schw. Anerkannter Flüchtling (§ 22-26, 104a, 104b AufenthG)
 Niederlassungserlaubnis (§ 9 AufenthG) Duldung (§ 60a Abs. 4 AufenthG)
 familiäre Gründe (§ 27-36 AufenthG) Aufenthaltsgestattung (§ 55 Abs. 1 AsylVfG)
 Blaue Karte EU (§ 19a AufenthG) BüMA (Bescheinigung über Meldung als Asylsuchender)
 Sonstiges: _____ (§ _____ AufenthG)

Sprechen Sie Deutsch? (Deutschkenntnisse)

- ja, als Muttersprache ja, als Fremdsprache nein

Wenn ja, als Fremdsprache: Haben Sie ein Zertifikat? nein ja, Stufe: _____

Bemerkungen

Auszufüllen von IBAS:

Fall-Nr.:	Datum EB:	Beratungsdauer:
Beratungsform: <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> persönlich: Beratungsort:		
Beratene Person /Institution:		
<input type="checkbox"/> Beratene/r selbst <input type="checkbox"/> soz. Umfeld <input type="checkbox"/> JC <input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/> MBE/ JMD <input type="checkbox"/> KMU <input type="checkbox"/> BDL <input type="checkbox"/> Sonstige:		
Beratung zu: <input type="checkbox"/> berufliche AE <input type="checkbox"/> schulische/akademische AE <input type="checkbox"/> (Anpassungs-)Qualifizierung		
Beratungsinhalt (siehe Kategorien/Nr.):		