

B e w e r b u n g für die Teilnahme

FREIWILLIGES SOZIALES JAHR (FSJ)

bzw.

BUNDESFREIWILLIGENDIENST (BFD)



Name: _____ Vorname: _____

Geschlecht: _____ Familienstand: _____ Kinder: _____

geboren am: _____ in: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Bundesland: _____ Führerschein Klasse: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Religion/Konfession: _____ Email: _____

Staatsangehörigkeit:

Aufenthaltsstatus bei nicht deutscher Staatsangehörigkeit:

von: _____ bis: _____

In welchem Zeitraum möchten Sie ihren Freiwilligendienst leisten: _____

Angaben zum Schulabschluß / zur Berufsausbildung (bitte ankreuzen):

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hauptschule ohne Abschluss | <input type="checkbox"/> Fachoberschulreife (Sec. I) | <input type="checkbox"/> Berufsfachschule |
| <input type="checkbox"/> Hauptschule mit Abschluss | <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife | |
| <input type="checkbox"/> Realschule | <input type="checkbox"/> Abitur | |

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> nicht abgeschl. Studium | <input type="checkbox"/> nicht abgeschl. Berufsausbildung | <input type="checkbox"/> zur Zeit berufstätig |
| <input type="checkbox"/> abgeschl. Studium | <input type="checkbox"/> abgeschl. Berufsausbildung | als: _____ |

Berufs-, Ausbildungswunsch:

Wo möchten Sie gerne eingesetzt werden?

In einer Einrichtung für:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Menschen mit Behinderung | <input type="checkbox"/> Kinder |
| <input type="checkbox"/> ältere Menschen | <input type="checkbox"/> junge Menschen |
| <input type="checkbox"/> erkrankte Menschen: | |
| <input type="checkbox"/> im Krankenhaus | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> in einer Sozialstation | |
| <input type="checkbox"/> in der Psychiatrie | |

Ich bin interessiert an einer Einsatzstelle

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ohne Unterkunft | <input type="checkbox"/> mit Unterkunft |
|--|---|

Bitte nennen Sie uns Ihre Gründe, warum Sie einen Freiwilligendienst ableisten wollen.

Welche Tätigkeiten interessieren Sie im Freiwilligendienst besonders?

Was möchten Sie im Freiwilligendienst nicht so gerne tun?

Sind / waren Sie ehrenamtlich in einer Organisation / einem Verein tätig oder haben sich für eine Aufgabe besonders engagiert?

Haben Sie schon ein Praktikum geleistet?

Wenn ja, wo? _____

Nein

2-fach Masernschutzimpfung vorhanden?

Ja

Nein

Auf die Möglichkeit einen Freiwilligendienst bei der Diakonie zu leisten, bin ich aufmerksam geworden durch:

Internet

Eltern/Verwandte

Freunde / Bekannte

Zeitung

Schule

ehemalige Teilnehmer/in

Info-Flyer

Arbeitsagentur

Kirchliche Mitarbeiter/in

Sonstiges: _____

Erklärung der Bewerberin / des Bewerbers:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Bewerbungsunterlagen an Einrichtungen weitergegeben werden, in der ich ggf. meinen Freiwilligendienst ableisten kann.

Ich erteile hiermit dem Diakonischen Werk meine Einwilligung zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten (§4 in Verbindung mit §4a Abs. 1 des Bundesdatenschutzgesetzes), u. a. zur Beantragung des Freiwilligenausweises.

Datum_____
Unterschrift**Bei Minderjährigen bitte Name, Anschrift und Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten:**

Name der/des Erziehungsberechtigten: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Datum_____
Unterschrift**Bitte senden Sie uns folgende Unterlagen (ohne Sichthüllen und Mappen)**

- diesen dreiseitigen Bewerbungsbogen mit Passbild
- einen tabellarischen Lebenslauf
- eine Kopie vom letzten Zeugnis (unbeglaubigt)

an:

Diakonisches Werk Oldenburg e. V.
Freiwilligendienste
Kastanienallee 9 - 11
26121 Oldenburg

Hinweis:

Wir bitten um Verständnis, dass wir aufgrund der Vielzahl der Bewerbungen die Bewerbungsunterlagen nicht zurücksenden können. Bitte senden Sie uns deshalb unbedingt nur Zeugniskopien.