

## EVIDENZBLATT für BewerberInnen als Persönliche/r AssistentIn

(Alle Angaben werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben)

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

Vorname:	
Familiename:	
Straße:	
PLZ / Ort:	
Staatsangehörigkeit:	
Geburtsdatum:	
Soz. Vers. Nr.:	
Telefonnummer Festnetz:	
Telefonnummer mobil:	
Emailadresse:	
Glaubensbek	

(Zutreffendes bitte einringeln)			
Geschlecht:	weibl./männ.	BANKVERBINDUNG	
RaucherIn:	Ja / Nein	Bank:	
Führerschein B:	Ja / Nein	Kontonr:	
Eigener PKW:	Ja / Nein	Bankleitzahl:	

interne Informationen: (von BewerberIn nicht auszufüllen!)			
AssistentIn bei			
Dienstbeginn		geringfügig / pflichtig	
Regionalgruppe			
Meldenummer		Grundkurs	

bitte umblättern!

## Zeiten

Zeiträumen, in denen Sie als AssistentIn zur Verfügung stehen können. In Zeiten der grauen Felder beträgt das Entgelt den 1,5fachen Stundenlohn. Die Angaben sind nicht verbindlich und können jederzeit geändert werden. (Betreffende Felder ankreuzen)

<b>Mo</b>	00-06	06-07	07-08	08-09	09-10	10-11	11-12	12-13	13-14	14-15	15-16	16-17	17-18	18-19	19-20	20-21	21-22	22-23	23-24
<b>Die</b>	00-06	06-07	07-08	08-09	09-10	10-11	11-12	12-13	13-14	14-15	15-16	16-17	17-18	18-19	19-20	20-21	21-22	22-23	23-24
<b>Mi</b>	00-06	06-07	07-08	08-09	09-10	10-11	11-12	12-13	13-14	14-15	15-16	16-17	17-18	18-19	19-20	20-21	21-22	22-23	23-24
<b>Do</b>	00-06	06-07	07-08	08-09	09-10	10-11	11-12	12-13	13-14	14-15	15-16	16-17	17-18	18-19	19-20	20-21	21-22	22-23	23-24
<b>Fr</b>	00-06	06-07	07-08	08-09	09-10	10-11	11-12	12-13	13-14	14-15	15-16	16-17	17-18	18-19	19-20	20-21	21-22	22-23	23-24
<b>Sa</b>	00-06	06-07	07-08	08-09	09-10	10-11	11-12	12-13	13-14	14-15	15-16	16-17	17-18	18-19	19-20	20-21	21-22	22-23	23-24
<b>So</b>	00-06	06-07	07-08	08-09	09-10	10-11	11-12	12-13	13-14	14-15	15-16	16-17	17-18	18-19	19-20	20-21	21-22	22-23	23-24

Gewünschte Stundenanzahl pro Woche: \_\_\_\_\_

## Leistungen

Um für die individuellen Bedürfnisse der AuftraggeberInnen möglichst passende AssistentInnen zu vermitteln, werden nachstehende Angaben benötigt. Sie können später jederzeit geändert werden.

Welche Assistenzleistungen können Sie sich vorstellen (bitte ankreuzen):

<p><b>Grundversorgung und körperliches Wohlbefinden</b></p> <p>Unterstützung bei:</p> <p><input type="checkbox"/> Aufstehen und zu Bett gehen</p> <p><input type="checkbox"/> An- und Auskleiden</p> <p><input type="checkbox"/> Bad, Dusche, Körperpflege, Kosmetik</p> <p><input type="checkbox"/> Nahrungsaufnahme</p> <p><input type="checkbox"/> Toilettengang, Inkontinenzversorgung</p> <p><input type="checkbox"/> Umlagern, Wenden</p> <p><b>Haushaltsassistenz</b></p> <p>Unterstützung bei:</p> <p><input type="checkbox"/> Einkaufen, Besorgungen</p> <p><input type="checkbox"/> Kochen, Essenszubereitung</p> <p><input type="checkbox"/> Wäscheversorgung</p> <p><input type="checkbox"/> Aufräumen der Wohnung</p> <p><input type="checkbox"/> Fensterputzen</p> <p><input type="checkbox"/> Reinigungsarbeiten</p> <p><input type="checkbox"/> Arbeiten im Garten</p> <p><b>Mobilität</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Begleitung zu außerhäuslichen Aktivitäten</p> <p><input type="checkbox"/> Begleitung auf dem Weg zur Arbeit oder zum Studium</p> <p><b>Freizeit</b></p> <p><input type="checkbox"/> Unterstützung bei diversen Freizeitaktivitäten</p> <p><b>Kommunikation</b></p> <p>Unterstützung bei:</p> <p><input type="checkbox"/> Kommunikation bei Sprach- o. Sinnesbeeinträchtigung</p>
--	--

Anmerkung: