

# Aufnahmeanfrage

**Datum Ihrer Bewerbung** \_\_\_\_\_

**Die Anfrage bezieht sich auf folgendes Angebot:**

- stationäres Betreuungsangebot
- teilstationäres Betreuungsangebot
- ambulantes Betreuungsangebot

Vor- u. Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/-Ort \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit/Status \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_

tel. Erreichbarkeit \_\_\_\_\_

**Derzeitige Wohnsituation**  Aktueller Wohnsitz / Meldeadresse:

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Inhaftierung, seit \_\_\_\_\_

JVA \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Entlassung voraussichtlich am: \_\_\_\_\_

sonstige Wohnsituation:

Name \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Art des Einkommens** (ggf. vor der Haft): \_\_\_\_\_

## Schule und Ausbildung

Schulabschluss: \_\_\_\_\_  Keinen

Berufsausbildung: \_\_\_\_\_

begonnen am \_\_\_\_\_  abgeschlossen  abgebrochen

letzte Arbeit: \_\_\_\_\_

## Familiärer Hintergrund

Partner / Partnerin? \_\_\_\_\_

Eltern? \_\_\_\_\_

Geschwister? \_\_\_\_\_

Vertrauenspersonen? \_\_\_\_\_

## Welche Hilfen wurden in der Vergangenheit bereits in Anspruch genommen?

Jugendhilfe \_\_\_\_\_

§ 53 SGB XII \_\_\_\_\_

§ 67 SGB XII \_\_\_\_\_

andere Hilfen \_\_\_\_\_

## Straffälligkeit

Delikte: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bitte fügen Sie das letzte Urteil bei.

Bewährung: Ja  bis: \_\_\_\_\_ Nein

Führungsaufsicht: Ja  bis: \_\_\_\_\_ Nein

welche Bewährungshilfe? \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

offene Verhandlungen: Ja  \_\_\_\_\_ Nein

## Suchterkrankungen

Suchterkrankung Ja  Nein

Welche? \_\_\_\_\_

Seit wann? \_\_\_\_\_

Therapien? \_\_\_\_\_

Substitution? \_\_\_\_\_

aktuelle Behandlung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Schwerbehindertenausweis Ja  \_\_\_\_\_% Nein

**Besteht eine gesetzliche Betreuung?**  Nein  Ja: \_\_\_\_\_

Bereiche: \_\_\_\_\_

Einwilligungsvorbehalt: \_\_\_\_\_

Ggf. Bestellungsurkunde beifügen

**Warum bewerben Sie sich bei uns?**

---

---

---

---

**Ihre Fähigkeiten**

---

---

---

---

**Wie können wir Sie unterstützen?**

---

---

---

---

**Kooperation mit anderen Einrichtungen / Diensten**

**(bereits bestehende oder geplante)**

Name \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Bitte senden Sie diese Aufnahmeanfrage an:**

Diakonie für Bielefeld

Aufnahme Straffälligenhilfe

Kreuzstraße 19a

33602 Bielefeld

oder per Fax an: 0521 98892-409

**Für Rückfragen stehen Ihnen zur Verfügung:**

Sandra Manhenke

und

Sarah Steinert

0521 988 92-420

0521 988 92-400

sandra.manhenke@diakonie-fuer-bielefeld.de

sarah.steinert@diakonie-fuer-bielefeld.de