

**Fragebogen zur Kompetenzerhebung von Asylbewerbern**

<b>Anrede</b>	<input type="checkbox"/> Frau / <input type="checkbox"/> Herr	<b>Datum der Einreise nach Deutschland:</b>	____.____.20____				
Nachname:							
Vorname:							
Geburtsdatum:							
Geburtsort:							
Flüchtlingsstatus:							
Arbeitserlaubnis:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						
<b>Kontaktinformationen</b>							
Straße / Hausnummer:							
Postleitzahl und Ort:							
Telefon (freiwillig):							
E-Mail (freiwillig)							
Führerschein in Deutschland gültig:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> International						
<b>Gewünschter Beruf:</b>							
<b>Qualifikationen</b>				<b>Abschluss</b>		<b>Zeugnis</b>	
	<b>Land</b>	<b>Art der Schule / Ausbildungsrichtung</b>	<b>Beginn / Ende (Tag / Monat / Jahr)</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<b>Schulbesuch</b>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Berufsausbildung</b>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Studium</b>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Berufserfahrung</b>			
<b>Beginn / Ende (Monat/Jahr)</b>	<b>Tätigkeit bitte genau beschreiben</b>		
<b>Sprachen</b>	<b>Grundkenntnisse</b>	<b>Erweiterte Kenntnisse</b>	<b>Verhandlungssicher</b>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deutsch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Englisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Deutschkurs</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<b>Institution:</b>	
<b>Beginn / Ende:</b>			<b>Ergebnis Sprachtest:</b>