



## Anmeldung Personenbetreuer Přihláška

Ich möchte die Gesellschaft Hoffnung s.r.o. mit der Vermittlung meiner Person als selbstständiger Personenbetreuer im deutschsprachigen Raum beauftragen. Ich bin mit einer Überprüfung meiner Angaben einverstanden. Ich nehme zu Kenntnis, dass die gemachten Angaben im Rahmen der Vermittlung an Dritte weitergegeben werden können. Diese Anmeldung ist kostenlos und unverbindlich.

### Zu meiner Person

Vorname	_____
Nachname	_____
Wohnort	_____
Geburtsdatum	_____
Geburtsnummer	_____
Telefonnummer 1	_____
Telefonnummer 2	_____
Email	_____
Familienstand	_____
Kinder	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Alter der Kinder _____

### Angaben zur Selbstständigkeit

Gewerbe vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gewerberegistrierung in	<input type="checkbox"/> Österreich <input type="checkbox"/> Slowakei <input type="checkbox"/> Tschechien
Gewerberegisternummer/GISA	_____
Datum der Erstanmeldung	_____
Höhe der Sozialversicherungsabgaben	€ _____
Gewerbe ruhend?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Südböhmische Volkspflege ochranná známka společnosti Hoffnung s.r.o.

#### Sídlo Hoffnung s.r.o.

Nová 2030/6  
ČR-370 01 České Budějovice

T: 00420 386 359 252  
F: 00420 386 359 251

#### Pobočka Hoffnung s.r.o. v Rakousku

Wiener Str. 131  
A-4020 Linz

T: 0043 732 60 20 05  
F: 0043 732 60 20 07



## Angaben zu Fahrkenntnissen

Führerschein Gruppe B?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit _____
Haben Sie aktive Fahrkenntnisse?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie bereit auch im Ausland ein Fahrzeug zu lenken?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie bereit auch in einer Großstadt ein Fahrzeug zu lenken?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

## Angaben zum Gesundheitszustand

Größe und Gewicht	_____ cm _____ kg
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Anzahl der Zigaretten _____
Haben Sie eine Allergie?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____
Haben Sie eine ernsthafte Erkrankung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____
Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____
Leiden Sie an einer psychischen Erkrankung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____
Haben Sie wegen einer Krankheit Einschränkungen in Ihrer Arbeit?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____
Haben Sie eine diagnostizierte Erkrankung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____
Sind Sie Alkoholabhängig?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____
Sind Sie in regelmässiger ärztlicher Betreuung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____
Wann waren Sie das letzte mal ernsthaft krank?	_____
Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand beschreiben?	_____

Südböhmische Volkspflege ochranná známka společnosti Hoffnung s.r.o.

**Sídlo Hoffnung s.r.o.**

Nová 2030/6

ČR-370 01 České Budějovice

T: 00420 386 359 252

F: 00420 386 359 251

**Pobočka Hoffnung s.r.o. v Rakousku**

Wiener Str. 131

A-4020 Linz

T: 0043 732 60 20 05

F: 0043 732 60 20 07



## Angaben zur Ausbildung

Höchste abgeschlossene Schulbildung	_____
Matura in deutscher Sprache?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Andere Fremdsprachen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____
Haben Sie eine Betreuungsausbildung mind. 192 Stunden?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____
Wo und wann abgeschlossen?	_____
Haben Sie eine andere fachliche Ausbildung im Gesundheitsbereich?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____
Haben Sie in einer öffentlichen Einrichtung gearbeitet? (Pflegeheim, Krankenhaus)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____
Haben Sie Erfahrung mit Demenzerkrankten Personen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Waren Sie bereits im Ausland als Betreuungsperson tätig?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____
Weshalb haben Sie aufgehört?	_____
Waren Sie über eine Vermittlungsagentur tätig?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Warum haben Sie die Vermittlungsagentur gewechselt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____
Haben Sie sich noch bei einer anderen Vermittlungsagentur angemeldet?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Warum melden sich sie bei Hoffnung s.r.o.an?	_____

## Kurzbeschreibung

Bitte stellen Sie sich in einem kurzen Text vor. Was machen Sie in Ihrer Freizeit, wie würden Sie Ihren Charakter beschreiben, was sehen sie an sich selbst kritisch? Sie können auch in tschechisch/slowakisch schreiben.

Südböhmische Volkspflege ochranná známka společnosti Hoffnung s.r.o.

### Sídlo Hoffnung s.r.o.

Nová 2030/6

ČR-370 01 České Budějovice

T: 00420 386 359 252

F: 00420 386 359 251

### Pobočka Hoffnung s.r.o. v Rakousku

Wiener Str. 131

A-4020 Linz

T: 0043 732 60 20 05

F: 0043 732 60 20 07



## Angaben zu Ihren Bedingungen

Welche Turnuslänge bevorzugen Sie?	<input type="checkbox"/> 14 Tage <input type="checkbox"/> 3 Wochen <input type="checkbox"/> andere _____
In welchem Land wollen Sie tätig sein?	<input type="checkbox"/> Österreich <input type="checkbox"/> Schweiz <input type="checkbox"/> Deutschland
Wie lange möchten Sie tätig sein?	<input type="checkbox"/> 3 Monate <input type="checkbox"/> 6 Monate <input type="checkbox"/> 12 Monate <input type="checkbox"/> länger als 12 Monate
Können Sie mehrere Personen im Haushalt betreuen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Können Sie eine bettlägrige Person betreuen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Können im Haushalt Tiere sein?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Betreuungsbeispiel: 1 Person im Haushalt, kochen, aufräumen, helfen bei ankleiden, Körperhygiene, Urininkontinenz, mobil, Altersdemenz, keine Nachtbetreuung. Welches Honorar würden Sie verlangen? (ohne Versicherung und ohne Fahrt)	Mein Mindesthonorar ist: € _____
Sonstige Hinweise, Kenntnisse etc., welche wichtig sind für die Vermittlung	_____
Ab wann können Sie einen Betreuungsauftrag annehmen?	Datum: _____

Bitte senden Sie mit dieser Anmeldung ein Foto von sich mit, sowie eine Kopie des Ausbildungsnachweises und eine Kopie der Gewerbeberechtigung.  
Bei Fragen stehen wir Ihnen von Montag bis Donnerstag von 9:00 bis 16:00 Uhr zur Verfügung.

Nach Erhalt des Fragebogens werden wir Sie umgehend kontaktieren!

Vielen Dank, dass Sie sich für eine Zusammenarbeit mit unserem Unternehmen entschlossen haben! Wir freuen uns Sie bei uns begrüßen zu dürfen!

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Südböhmische Volkspflege ochranná známka společnosti Hoffnung s.r.o.

**Sídlo Hoffnung s.r.o.**

Nová 2030/6

ČR-370 01 České Budějovice

T: 00420 386 359 252

F: 00420 386 359 251

**Pobočka Hoffnung s.r.o. v Rakousku**

Wiener Str. 131

A-4020 Linz

T: 0043 732 60 20 05

F: 0043 732 60 20 07

