

## BEWERBERBOGEN<sup>1</sup>

(Bitte füllen Sie den Bogen vollständig und in Druckschrift aus.)

Passbild

### PERSONALIEN

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort/Ortsteil \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Religion \_\_\_\_\_

Familienstand

ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet ( eheähnliche Gemein.)

Kinder (mit Altersangabe) \_\_\_\_\_

Telefonnummer (privat) \_\_\_\_\_

Telefonnummer (dienstlich) \_\_\_\_\_

Handy \_\_\_\_\_

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

erlernter Beruf \_\_\_\_\_

derzeitiger Beruf/Tätigkeit \_\_\_\_\_

Wöchentl.  
Arbeitszeit \_\_\_\_\_

Führerschein vorhanden

ja, Kl. \_\_\_\_\_ /  nein

Pkw vorhanden

ja /  nein

Fremdsprachenkenntnisse

(bitte angeben: Muttersprache,  
sichere Kenntnisse,  
Grundkenntnisse)

weitere Kenntnisse/Hobbys \_\_\_\_\_

(die für die Tätigkeit als Patin/Pate  
nützlich sein könnten)

<sup>\*1</sup> Alle Informationen aus dem Bewerberbogen werden ausschließlich für das Projekt verwendet und nicht an Dritte weitergegeben.

## GEDANKEN ÜBER IHRE BEWERBUNG ALS FAMILIENLOTSE

1. Welche Motive/Beweggründe haben Sie, als ehrenamtliche Familienlotsin/ehrenamtlicher Familienlotse Familien mit ihren Kindern im Projekt „Havelländisches Netzwerk Gesunde Kinder“ zu begleiten?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

2. Wie viel Zeitstunden können Sie für das Projekt wöchentlich/monatlich aufbringen können? Bitte beachten Sie, dass Sie eine bzw. mehrere Familien über mehrere Jahre betreuen sollten, um Beziehungsabbrüche zwischen einer Familie und der/dem Familienlotsin/Familienlotsen zu vermeiden.

---

---

3. Würden Sie auch Familien außerhalb Ihres Wohnortes besuchen?  
Welche Orte/Gemeinden könnten Sie erreichen?

---

---

---

4. Erfahrungen haben gezeigt, dass einige Familien Nichtraucher als Familienlotse bevorzugen. Daher wäre es hilfreich, wenn Sie uns diese Frage im Vorfeld beantworten.  
Rauchen Sie?

nein

selten

regelmäßig

5. Gibt es Familienkonstellationen (z. B. Großfamilien, Alleinerziehende, sozial benachteiligte Familien, minderjährige Mütter [Eltern], Familien mit behindertem Kind, konfessionell stark eingebundene Familien, ...) die Sie im „Havelländischen Netzwerk Gesunde Kinder“ besonders gern begleiten möchten?

---



---



---

6. Gibt es Familienkonstellationen die Sie im „Havelländischen Netzwerk Gesunde Kinder“ eher nicht begleiten möchten?

---



---



---

7. Manche Familien, die wir im „Havelländischen Netzwerk Gesunde Kinder“ begleiten möchten, stammen aus Kulturkreisen, anderer Mentalität, fremder Nationalität und/oder Staatsbürgerschaft. Trauen Sie sich die Begleitung dieser Familien zu?

---



---



---

8. Sind Sie damit einverstanden, dass wir von Ihnen ein polizeiliches Führungszeugnis für den Einsatz als Familienlotsin/Familienlotse beantragen?

ja

nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Bewerbers

Kontakt:	<b>HAVELLÄNDISCHES NETZWERK GESUNDE KINDER</b>		
	Andrea Thiele – Projektkoordination		
	Havelland Kliniken GmbH	Tel.:	03321 – 42 10 86
	Ketziner Straße 19	Fax.:	03321 – 42 15 00
	14641 Nauen	Handy:	0175 – 295 45 73
	E-Mail: andrea.thiele@havelland-kliniken.de		