

Arbeitsbereitschaft Befragung

Datum: _____ Sozialversicherungsnr.: _____

Name: _____ Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Adresse: _____ Telefon#: _____

Beschäftigungsziele: _____

Anzahl der Arbeitsplätze in den letzten 12 Monaten: _____ Höchstes Einkommen: _____

Warum haben Sie Ihre letzte Arbeitsstelle gekündigt? _____

Welche Art von Aufgaben haben Sie (in der Vergangenheit oder aktuell) in Ihren Arbeitsverhältnissen ausgeübt?

Was hält Sie derzeit davon ab, zu arbeiten? _____

Welche Art Arbeit würden Sie gerne ausführen? _____

Beschreiben Sie jegliche schweren gesundheitliche Einschränkungen: _____

Haben Sie einen Haupt/Realschulabschluß oder GED? _____

Gehen Sie zur Zeit zur Schule oder einer Fortbildungsmaßnahme? _____

Ist Ihre Lebenssituation stabil? _____

Arbeiten Sie mit einer Einrichtung zur beruflichen Umschulung oder dem Kinder- und Familiendienst zusammen? _____

Nehmen Sie am Head Start Programm oder dem Early Head Start Programm teil? _____

Beschreiben Sie jegliche juristische oder sorgerechtsrelevante Probleme: _____

Geben Sie an, was Sie als zuverlässiges Transportmittel benutzen: _____

Haben Sie Familie oder Freunde in der Nähe, die im Notfall helfen könnten? _____

Wer beaufsichtigt momentan Ihre Kinder? _____

*Sind Sie oder Ihre Kinder in Gefahr, körperlich, seelisch oder sexuell mißbraucht zu werden? _____

*Haben Sie oder Ihre Kinder sich jemals von einer anderen Person bedroht gefühlt? _____

Haben Sie irgendein Problem mit Drogen- bzw. Alkoholmißbrauch? _____

Sind Sie für die tägliche Pflege einer behinderten Person verantwortlich? _____

(*siehe Rückseite)

* Die folgenden Fragen sind beim Auswahlprozess für Antragssteller für TAF Unterstützung anzuwenden (siehe KEESM 1412.3 und 2244).

1. Werden Ihre Kinder derzeit bedroht, verletzt oder auf sonst irgendeine Art Leid zugefügt durch jemanden aus Ihrem Lebensumfeld (Leid kann Dinge wie Stalking oder Drohungen Ihnen gegenüber sein, Sie zu verletzen, Ihre Kinder zu verletzen, die Haustiere, oder andere Familienangehörige und Freunde zu verletzen, Schubsen, Grabschen, Stoßen, Ohrfeigen, Schlagen, Würgen oder Sie festhalten; das konstante Niedermachen Ihrer Person, das immer wiederkehrende Mitteilen, dass Sie wertlos sind; jegliche Art von unerwünschtem, sexuellem Kontakt)?
2. Brauchen Sie jetzt Unterstützung, weil Arbeiten, die Arbeitssuche, oder das Aufsuchen einer Schule Sie oder Ihre Kinder in Gefahr bringen würde, körperlich, seelisch oder sexuell mißbraucht zu werden?
3. Benötigen Sie jetzt Unterstützung, weil Sie nur schwer mit dem Verarbeiten von früherem Mißbrauch zurecht kommen (als Beispiel, haben Sie Angst, Depressionen, Angst das Haus zu verlassen um nach einer Arbeit zu suchen oder zur Schule zu gehen, oder sind Sie in Behandlung bei einem Therapeuten wegen des Mißbrauchs)?
4. Als Sie früher Unterstützung erhalten haben, hatten Sie die Gelegenheit mit der Situation umzugehen oder vor jemandem zu fliehen, der Sie oder Ihre Kinder bedrohte, verletzte oder in Gefahr brachte (zum Beispiel, waren Sie in einer Notunterkunft, haben Sie Ihr Haus/Wohnung aufgeben müssen, mussten Sie umziehen, oder mussten Sie eine Arbeitsstelle/die Schule verlassen)?