

Personalfragebogen

für die Bewerbung um Einstellung als Angestellter oder Arbeiter

Beantworten Sie bitte sämtliche Fragen in lesbarer Schrift (gegebenenfalls Druckschrift). Daten geben Sie bitte mit Tag, Monat und Jahr an. Sollte eine Frage auf Sie nicht zutreffen, ist das Wort „entfällt“ einzusetzen. Etwaige Zweifel bei der Beantwortung der Fragen können Sie bei der Personalstelle der Verwaltung klären. Aus dem von Ihnen ausgefüllten Personalfragebogen können Sie keine Ansprüche herleiten. Es wird darauf hingewiesen, dass bei Antworten, die einer Bewertung unterliegen, stets die Gesamtumstände des persönlichen Werdegangs berücksichtigt werden.

Lichtbild

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Bei nicht ausreichendem Platz bitte weitere Angaben auf besonderem Blatt beifügen und unterschreiben!

Vom Bewerber – Von der Bewerberin – auszufüllen		Blatt Pers.-Akte									
1.	Name (ggf. auch Geburtsname)										
2.	Vornamen (Rufname unterstreichen)										
3.	geboren am <table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> <td>in</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> </table>		Tag	Monat	Jahr	in					Staatsangehörigkeit
Tag	Monat		Jahr	in							
4.	Anschrift, Telefon										
5.	Geburtsname der Mutter (bei Adoptierten Geburtsname der Adoptivmutter – ohne Vornamen –)										
6.	Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft		Seit dem _____ <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft aufgehoben <input type="checkbox"/> überlebende/überlebender eingetragene(r) Lebenspartner(in)								
7.	Vor- und Zuname (ggf. Geburtsname) des Ehegatten/der Ehegattin/ des eingetragenen Lebenspartners/der eingetragenen Lebenspartnerin		Geboren am _____ Übt Ihr Ehegatte/Ihre Ehegattin/Ihr eingetragener Lebenspartner/ Ihre eingetragene Lebenspartnerin eine Erwerbstätigkeit aus? <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> Nein								
8.	Kinder, für die Kindergeld beansprucht wird Namen und Vornamen		geboren am <table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr					
Tag	Monat	Jahr									
	1.	<table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr						
Tag	Monat	Jahr									
	2.	<table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr						
Tag	Monat	Jahr									
	3.	<table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr						
Tag	Monat	Jahr									
	4.	<table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr						
Tag	Monat	Jahr									
	5.	<table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr						
Tag	Monat	Jahr									
9.	Sind Sie anerkannte(r) Schwerbehinderte(r)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja: Grad der Behinderung (GdB): _____ lt. Schwerbehindertenausweis Nr. _____ vom _____ Sind Sie vom Arbeitsamt einem Schwerbehinderten gleichgestellt worden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja: Grad der Behinderung (GdB): _____ lt. Bescheid des Arbeitsamts vom _____										
10.	Sind Sie politisch oder rassistisch Verfolgte(r) des Nationalsozialismus im Sinne des PrVG? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bei „ja“ bitte entsprechende Nachweise beifügen!										

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Blatt Pers.-Akte	Bei den Fragen 11 bis 14 geben Sie bitte auch eine zur Zeit laufende Schul-, Hochschul- oder Berufsausbildung bzw. laufende Aus-, Fort- und Weiterbildungskurse an!			
	11.	Allgemeinbildende Schule	vom	bis zum
		Schulabschluss		
	12.	Weiterführende Schulbildung (z. B. Berufsfachschule, Fachoberschule, Handelsschule)		
		Art bzw. Name der Schule	in	
			vom	bis zum
			vom	bis zum
			vom	bis zum
	Prüfung bzw. Abschluss:			
	13.	Studium an einer Hochschule (einschließlich Fachschule, Fachhochschule, Akademie)		
		Art des Studiums/Fachrichtung	vom	bis zum
			vom	bis zum
		besuchte Hochschulen		
		Art der Abschlussprüfung		bestanden am
				bestanden am
		<input type="checkbox"/> Promotion zum		am
		<input type="checkbox"/> Diplom als		am
		<input type="checkbox"/> staatl. Anerkennung/Erlaubnis als		am
		<input type="checkbox"/> Approbation als Arzt/Ärztin		am
		<input type="checkbox"/> Facharzt/-ärztin bzw. Gebietsbezeichnung		am
		<input type="checkbox"/> 2. Staatsprüfung		am
	<input type="checkbox"/>		am	
	<input type="checkbox"/>		am	
	14.	Berufsausbildung, Fortbildung einschließlich Weiterbildung, Umschulung		
		Art/Fach:	vom	bis zum
		Lehranstalt/Ausbildungsstätte		
		Bezeichnung der Abschlussprüfung		bestanden am
Meisterprüfung als			bestanden am	
Sonstige Aus- und Fortbildungen sowie Prüfungen			bestanden am	
15.	Besondere Kenntnisse und Fertigkeiten, insbesondere für die auszuübende Tätigkeit			
	Kurzschrift		Prüfung bestanden am	
	Silbenzahl:		Prüfung bestanden am	
	Maschinenschreiben		Prüfung bestanden am	
	Anschläge:		Prüfung bestanden am	
	Übertragung von Phonodiktaten		Prüfung bestanden am	
Anschläge:				
Sonstiges, z. B.: Fremdsprachen (Umfang der Kenntnisse, Prüfungen, Zertifikat), Führerschein (Klasse)				

Bisherige Tätigkeiten

Zutreffendes in Spalte „vollbeschäftigt“ bitte ankreuzen!

16.	Standen Sie in der Vergangenheit jemals in einem Arbeits- oder einem sonstigen Beschäftigungsverhältnis mit dem Land Berlin? <input type="checkbox"/> ja (dann bitte diese wie ggf. sämtliche sonstige Tätigkeiten in der Rubrik 16 a darlegen) <input type="checkbox"/> nein								
16 a.	Geben Sie bitte nachstehend in chronologischer Reihenfolge lückenlos alle Tätigkeiten an, die Sie im Anschluss an Ihre Schul- und Berufsausbildung beruflich ausgeübt haben. Anzugeben sind ferner Zeiten einer Arbeitslosigkeit, eines Wehr- bzw. Ersatzdienstes und als Entwicklungshelfer.								
Arbeitgeber, Dienstherr, freiberufliche Tätigkeit, Wehr- oder Ersatzdienst, arbeitslos usw.		Art der Tätigkeit ¹⁾		vollbeschäftigt?		vom	bis zum	Grund des Ausscheidens ²⁾ a) arbeitgeberseitige Kündigung b) eigene Kündigung c) Zeitablauf d) Auflösungsvertrag e) sonstiger Tatbestand	Blatt Pers.- Akte
				ja	nein				

1) Bei Tätigkeit im öffentlichen Dienst bitte die letzte Vergütungs-, Lohn- Besoldungs- oder Gehaltsgruppe angeben.

2) Bei den Tatbeständen a) bis d) nur den betreffenden Buchstaben einsetzen.

Blatt Pers.-Akte		Zutreffendes bitte ankreuzen!	
17.	Wie lautet Ihre Versicherungsnummer in der Sozialversicherung?		
18.	Sind Sie Mitglied einer Krankenkasse? Falls ja, welcher?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
19.	Beziehen Sie Renten, Versorgungs- bzw. Hinterbliebenenbezüge Falls ja: _____ € monatlich Art und Feststellungsbehörde:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> Ich habe einen Antrag gestellt <input type="checkbox"/>
20.	Waren Sie jemals bei der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL) oder einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung versichert (Pflichtversicherung, freiwillige Weiterversicherung, beitragsfreie Versicherung)? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
	Falls ja, bei: _____ Vers.-Nr.: _____		
	Haben Sie Beiträge/Beitragsanteile zurückgezahlt/erstattet erhalten? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
	Wurde eine Abfindung gewährt? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
21.	Hat Ihr letzter oder ein früherer Arbeitgeber Ihnen Zuschüsse zu den Beiträgen für eine Lebensversicherung oder zu einer öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung im Sinne des § 6 Abs. 1 SGB VI (z. B. Ärzteversorgung) gezahlt? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
	Falls ja, folgender Arbeitgeber: _____ vom _____ bis zum _____		
21.	Werden Sie nach Einstellung eine Nebentätigkeit/andere Tätigkeit ausüben? Falls ja, folgende: _____ ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
22.	Laufen gegen Sie Zwangsvollstreckungsmaßnahmen oder ist damit zu rechnen, dass Teile Ihres Arbeitsentgelts auf Grund ihrer Lohnpfändung oder Abtretungserklärung an Dritte abgeführt werden müssen? Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben gesondert. ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
23.	Ist Ihnen die Fähigkeit zur Bekleidung öffentlicher Ämter aberkannt worden? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
<p>Ich versichere nach bestem Wissen und Gewissen, vorstehende Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Es ist mir bekannt, dass falsche Angaben bei etwa erfolgter Einstellung die Entlassung nach sich ziehen können. Mir ist bekannt, dass ich im Falle meiner Einstellung jede Änderung der in den Nummern 1 bis 21 angegebenen Verhältnisse unaufgefordert meiner Personalstelle mitzuteilen habe.</p> <p>Mir ist ferner bekannt, dass im Falle meiner Einstellung personenbezogene Daten gespeichert werden, soweit dies zur Erfüllung der dem Arbeitgeber obliegenden Aufgaben erforderlich ist.</p>			
Berlin, den _____		_____ (Vor- und Zuname, ggf. Geburtsname)	

Fügen Sie bitte dem Fragebogen bei:

1. einen selbstgeschriebenen Lebenslauf;
2. etwa notwendige Ergänzungen zu Ihren Antworten auf einzelne Fragen;
3. beglaubigte Abschriften bzw. Kopien (**nicht** Originale) Ihrer Prüfungs- und Beschäftigungszeugnisse.