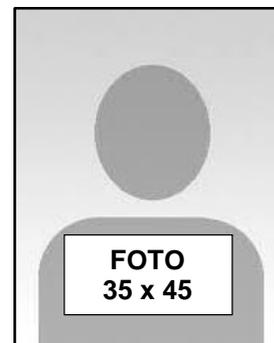


### BEWERBUNG ALS:

<input type="checkbox"/> DGKP	<input type="checkbox"/> PFA	<input type="checkbox"/> FSB"A"	<input type="checkbox"/> KÜCHENLEITER/IN
<input type="checkbox"/> PA	<input type="checkbox"/> HEIMHELPER/IN		<input type="checkbox"/> KOCH/KÖCHIN
<input type="checkbox"/> PHYSIOTHERAPEUT/IN			<input type="checkbox"/> KÜCHENHILFSKRAFT
<input type="checkbox"/> ERGOTHERAPEUT/IN			<input type="checkbox"/> VERWALTUNGSMITARBEITER/IN
<input type="checkbox"/> REINIGUNGSMITARBEITER/IN			<input type="checkbox"/> FERIALPRAKTIKANT/IN
<input type="checkbox"/> WÄSCHEREIMITARBEITER/IN			<input type="checkbox"/> ZIVILDIENTSTLEISTENDER
<input type="checkbox"/> HAUSTECHNIKER/IN			<input type="checkbox"/>

Vollzeitstelle  Teilzeitstelle von mindestens ..... Std. bis maximal ..... Std.

Wären Sie bereit, ein zeitlich befristetes Dienstverhältnis (z.B. Karenzvertretung) einzugehen  ja  nein



## ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN UND IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN

### BEWERBUNG FÜR:

### LEGENDE: ZBP ..... ZENTRUM BETREUUNG und PFLEGE

<input type="checkbox"/>	<b>ZBP Enns</b>	Eichbergstr. 6b	4470 Enns	07223 / 82833	enns.post@shvll.at
<input type="checkbox"/>	<b>ZBP Haid</b>	Salzburger Straße 24	4053 Haid	07229 / 80402	haid.post@shvll.at
<input type="checkbox"/>	<b>ZBP Hart</b>	Waggerlstr. 2	4060 Leonding	0732 / 670037	hart.post@shvll.at
<input type="checkbox"/>	<b>ZBP Hörsching</b>	R.- Willenstorfer-Str. 7	4063 Hörsching	07221 / 73626	hoersching.post@shvll.at
<input type="checkbox"/>	<b>ZBP Leonding</b>	Ruffinger Str. 12	4060 Leonding	0732 / 677808	leonding.post@shvll.at
<input type="checkbox"/>	<b>ZBP Neuhofen/Kr.</b>	Römerweg 7	4501 Neuhofen/Kr.	07227 / 5808	neuhofen.post@shvll.at
<input type="checkbox"/>	<b>ZBP St. Dionysen</b>	Wilhelm Anger-Str. 21	4050 Traun	07229 / 73401	dionysen.post@shvll.at
<input type="checkbox"/>	<b>ZBP St. Florian</b>	Linzer Str. 17	4490 St. Florian	07224 / 8283	st-florian.post@shvll.at
<input type="checkbox"/>	<b>ZBP Traun</b>	Traunstadlweg 17	4050 Traun	07229 / 61821	traun.post@shvll.at
<input type="checkbox"/>	<b>Mobile Dienste SHVLL</b>	Wilhelm Anger-Str. 21	4050 Traun	07229 / 67224	mobile-dienste.post@shvll.at
<input type="checkbox"/>	<b>Geschäftsstelle SHVLL</b>	Kärntnerstr. 16	4020 Linz	0732 / 69414-66315	shv.bh-ll.post@ooe.gv.at

### ANGABEN ZUR PERSON:

<input type="checkbox"/> MÄNNLICH	<input type="checkbox"/> WEIBLICH	VORTITEL		NACHTITEL							
FAMILIENNAME(N)											
VORNAME(N)											
STRASSE und HAUS-NR:											
PLZ und ORT											
GEBURTSNAME											
GEBURTSLAND		GEBURTSORT									
MUTTERSPRACHE		FREMDSPRACHE(N)									
STAATSBÜRGERSCHAFT											
SOZIALVERSICHERUNGSNR:		GEBURTSDATUM		T	T	M	M	J	J	J	J
ERREICHBARKEIT		MOBILTELEFON		FESTNETZ							
		E MAIL									

<b>FAMILIENSTAND</b>	<input type="checkbox"/> LEDIG	<input type="checkbox"/> VERHEIRATET seit _____	<input type="checkbox"/> GESCHIEDEN seit _____	<input type="checkbox"/> VERWITWET seit _____
	<b>VOR- UND ZUNAME DER KINDER</b>		<b>GEBOREN AM</b>	<b>BERUF, LEHRE, SCHULE</b>
				<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
				<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
				<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
				<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
<b>VOR- UND ZUNAMEN DER ELTERN</b>		<b>VATER</b>		
		<b>MUTTER</b>		
<input type="checkbox"/> WEHRDIENST <input type="checkbox"/> ZIVILDIENTST <input type="checkbox"/> FREIWILLIGES SOZIALES JAHR		ABGELEISTET von _____ bis _____		<input type="checkbox"/> AUFSCHUB  bis _____
		<input type="checkbox"/> UNTAUGLICH	<input type="checkbox"/> BEFREIT	
<b>BESITZEN SIE DEN FÜHRERSCHEIN DER GRUPPE B</b>		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<b>EIGENES KFZ</b>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

**SCHUL- UND BERUFSAUSBILDUNG:**

VON - BIS DATUM POSITIVER ABSCHLUSS	GENAUE BEZEICHNUNG DER SCHULE, DIENSTGEBER SOWIE ORT	BESCHÄFTIGT ALS

**BERUFLICHE UND SONSTIGE TÄTIGKEITEN:**

VON - BIS	DIENSTGEBER UND ORT	BESCHÄFTIGT ALS	STUNDEN-AUSMASS

## SONSTIGE KENNNTNISSE UND FERTIGUNGEN:


## DERZEITIGE TÄTIGKEIT(EN):

<b>ALS</b>	
<b>BEI</b>	
<b>SEIT</b>	
<b>KÜNDIGUNGSFRIST</b>	
<b>ARBEITSLOS GEMELDET</b>	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA, seit: _____
<b>ZUSTÄNDIGES AMS</b>	
<b>SONSTIGE DERZEITIGE TÄTIGKEIT</b>	

## SONSTIGES:

<b>GESUNDHEITLICHE BEEINTRÄCHTIGUNGEN</b> <small>(bei festgestellter Minderung der Erwerbstätigkeit bitte Behindertenpass bzw. Bescheid beilegen)</small>	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA, WELCHE: _____ GRAD DER BEHINDERUNG: _____ %
<b>WIE WÜRDEN SIE DEN WEG ZWISCHEN IHREM WOHNORT UND DEM ARBEITSPLATZ ZURÜCKLEGEN?</b>	<input type="checkbox"/> EIGENES KFZ <input type="checkbox"/> ÖFFENTLICHES VERKEHRSMITTEL

## DEM BEWERBUNGSBOGEN SIND FOLGENDE NACHWEISE IN KOPIE BEIZULEGEN:

<b>LICHTBILD</b>	✂ BITTE AUF BEWERBUNGSBOGEN 1.SEITE AUFKLEBEN
<b>LEBENS LAUF</b>	✂ CHRONOLOGISCH IN ALLGEMEIN GÜLTIGER FORM
<b>FACHLICHE AUSBILDUNGSNACHWEISE</b> in Kopie	ZUM BEISPIEL FÜR: ✂ Koch/Köchin – Lehrabschlusszeugnis ✂ DGKP – Diplom, Ausweis für Gesundheitsberufe/Gesundheitsberuferegister ✂ FSB“A“ – Zeugnis, Ausweis für Gesundheitsberufe/Gesundheitsberuferegister ✂ HeimhelferIn - Zeugnis

**Ihre Bewerbung wird nur dann berücksichtigt, wenn dieser Bewerbungsbogen vollständig und leserlich ausgefüllt ist und alle Nachweise in Kopie beigelegt wurden!**

**Bei fremdsprachigen Nachweisen ist eine beglaubigte deutschsprachige Übersetzung erforderlich!**

## RAUM FÜR WICHTIGE ANMERKUNGEN DES BEWERBERS/DER BEWERBERIN:

Zum Beispiel:

- ↳ Kinderversorgung derzeit nicht gewährleistet, weil .....
- ↳ Dienstzeiten nur wochentags von 8:00 bis 13:00 möglich, weil .....

### Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass:

- Ihre Angaben vollständig und wahrheitsgetreu sind.
- Ihnen bekannt ist, dass bei wissentlich falschen Angaben die sofortige Auflösung Ihres Dienstverhältnisses zum Sozialhilfeverband Linz-Land zu erwarten ist.
- Sie bei nicht beigebrachten Arbeitszeugnissen/Dienstzeugnissen auf die anrechenbaren Zeiten verzichten.
- ausdrücklich darauf hingewiesen wird, dass der Sozialhilfeverband LINZ-LAND aufgrund Ihrer Bewerbung ermächtigt ist, Ihre persönlichen Daten gemäß § 7a OÖ GDG 2002 i.d.g.F. automationsunterstützt - unter Wahrung des Datenschutzes – zu verarbeiten.
- Sie einverstanden sind, dass bei Nichtbestellung bei dieser Ausschreibung die Bewerbungsunterlagen über die gesetzliche Frist von 3 Monaten hinaus gespeichert und für 1 Jahr evident gehalten werden, damit bei möglicher neuerlicher Postenvakanz darauf zurückgegriffen werden kann.  JA  NEIN

..... , am .....

ORT

DATUM

.....

UNTERSCHRIFT

### RAUM FÜR INTERNE VERMERKE:

<b>1. VORSTELLUNGSGESPRÄCH AM:</b>	
<b>2. VORSTELLUNGSGESPRÄCH AM:</b>	
<b>SCHNUPPERTAG AM:</b>	
<b>BEMERKUNGEN:</b>	