

---

# Personalbogen

---

format gGmbH Fürstenwalde/Spree  
Lindenstraße 46

15517 Fürstenwalde

Telefon: 0 33 61 36 99 -0  
Fax: 0 33 61 36 99 -30

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

PLZ/ Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

gesetzl. Vertreter: \_\_\_\_\_ Az. LWL: \_\_\_\_\_

---

## 1. Art und Umfang der Behinderung

## 2. Schulischer und beruflicher Werdegang

Anlagen:

Amtsärztliches oder fachärztliches Gutachten  (soweit vorhanden)

Letztes Schulzeugnis

Ich/Wir beantrage/n für den Fall der Aufnahme in die Werkstatt für behinderte Menschen in \_\_\_\_\_ die Gewährung von Leistung bei dem jeweiligen Kostenträger.

Ich/Wir sind damit einverstanden, dass die Ergebnisse ärztlicher und psychologischer Untersuchungen den Vertretern der beteiligten Stellen (Arbeitsamt, Sozialamt, WfbM) zur Verfügung gestellt werden, soweit dies für das Aufnahmeverfahren erforderlich ist.

Insoweit entbinde/n ich/wir Ärzte und Psychologen auch von Ihrer Schweigepflicht.

---

Ort

Datum

Unterschrift/en