

Dokumentationsblatt zu namentlich dokumentierten Beratungskontakten (gültig ab 1.7.2018)

Projektträger/-partner:
Datum des Beratungskontaktes:
PLZ und Ort der Beratung:
Name BeraterIn:
Name BeratungskundIn:

PLZ und Wohnort der KundIn	
Geschlecht (m/w)	<input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich
Erwerbsstatus	<input type="checkbox"/> beschäftigt <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> selbständig Erwerbstätige <input type="checkbox"/> unselbständig Erwerbstätige/r <p>Wenn Sie unmittelbar vor Maßnahmeneintritt unselbständig beschäftigt waren, was trifft dann auf diese Beschäftigung zu? (Mehrfachnennungen möglich)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> geringfügige Beschäftigung <input type="checkbox"/> Teilzeitbeschäftigung <input type="checkbox"/> Vollzeitbeschäftigung <input type="checkbox"/> befristete Beschäftigung <input type="checkbox"/> unbefristete Beschäftigung <input type="checkbox"/> arbeitslos gemeldet <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> bis 3 Monate <input type="checkbox"/> mehr als 3 bis 6 Monate <input type="checkbox"/> mehr als 6 bis 12 Monate <input type="checkbox"/> mehr als 12 Monate <input type="checkbox"/> weder arbeitslos noch beschäftigt <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ausschließlich haushaltsführend <input type="checkbox"/> in Karenz <input type="checkbox"/> in Ausbildung <input type="checkbox"/> sonstiges
Alter	
Bildungsstand	<input type="checkbox"/> ohne positiven Pflichtschulabschluss (ISCED 1) <input type="checkbox"/> Abschluss einer Sonderschule (ISCED 2) <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss oder Unterstufe einer AHS (ISCED 2) <input type="checkbox"/> Mittlere Schule (Abschlussprüfung) oder Lehre (ISCED 3) <input type="checkbox"/> Höhere Schule (Reifeprüfung//BRP/SBP) (ISCED 3) <input type="checkbox"/> Nicht-tertiärer Bildung nach dem Sekundarbereich (ISCED 4) <input type="checkbox"/> Tertiäre Bildung (Universität / Fachhochschule) (ISCED 5)
Ausgangslage Inhalt der Beratung Empfehlung Weiterverweise	

Die Beraterin/der Berater bestätigt mit ihrer/seiner Unterschrift die Durchführung dieser individuellen Beratungsleistung und die Anwesenheit des/der BeratungskundIn:	
BeraterIn / Name:	Unterschrift:

Bestätigung der Richtigkeit der Daten durch Geschäftsführung / beauftragte MitarbeiterIn:	
Datum / Name:	Funktion / Unterschrift: