Condrobs e.V.
ÜWG
Haidelweg 29d
81241 München

# Bewerbungsbogen ÜWG

**ÜWG**

**Übergangwohngemeinschaft**

Condrobs e.V.
ÜWG
Haidelweg 29d
81241 München
Telefon 089 / 820 819 4 - 0
Telefax 089 / 820 819 4 - 29

uewg@condrobs.de
www.condrobs.de

Sehr geehrter Bewerber,

nachfolgend möchten wir Sie bitten, unseren Bewerbungsbogen auszufüllen.

Ihre Auskünfte helfen uns, Sie näher kennenzulernen. Außerdem unterstützten Sie uns damit bei Ihrer Bewerbung und in den Vorbereitungen zur Aufnahme.

Bitte füllen Sie alles möglichst vollständig und wahrheitsgetreu aus. Die von Ihnen erhobenen Daten werden von uns streng vertraulich behandelt und niemandem zur Einsicht gegeben.

Sollten Sie eine Frage nicht beantworten können, so lassen Sie sie einfach aus.

## Vermittelnde Stelle

***Name des*der Drogenberater*in:*** _____ ***Tel. Nr.:*** _____

Einrichtung: _____

Bitte vergessen Sie nicht, die anliegende Schweigepflichtsentbindung gegenüber der vermittelnden Stelle zu unterschreiben

Diese bezieht sich ausschließlich auf die für das Be*werbungsverfahren notwendigen Angaben.*

## *Bewerbungsschreiben*

Welche Wünsche und Ziele verbinden Sie mit einer Aufnahme die ÜWG?

(Kurze Erklärung)

## *Persönliche Angaben*

Familienname: _____ Vorname: _____

Geburtstag: _____ Geburtsort: _____ Nationalität: _____ Religion:_____

Gegenwärtige Adresse oder letzter Wohnsitz (wenn z.B. in JVA/Krankenhaus etc.):

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefonnummer(n): Mobil _____ Fest _____

E-Mail-Adresse: _____

Familienstand:

Ledig ☐

Verheiratet ☐ ☐ mit festem*r Lebenspartner*in zusammenlebend

Geschieden ☐

Verwitwet ☐

sonstige Lebensform ☐ …… …….. …….

Anzahl der Kinder: ____ Kinder leben bei: _____

## *Bisherige Aufenthalte und Behandlungen*

Wie viele Entgiftungen wurden bis jetzt durchgeführt? (.....)

Wie viele Entgiftungen wurden davon regulär abgeschlossen? (.....)

Wie viele stationäre, ganztägig ambulante, ambulante Sucht- bzw. Sozialtherapien wurden bis jetzt durchgeführt?

stationär (.....) ganztägig ambulant (.....) ambulant (.....)

Wie viele stationäre Sucht- bzw. Sozialtherapien wurden davon regulär abgeschlossen?

stationär (.....) ganztägig ambulant (.....) ambulant (.....)

Wann wurde die letzte Sucht- bzw. Sozialtherapie beendet? (.....)

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Substitutionsbehandlung durchgeführt? (.....)
Befinden Sie sich derzeit in Substitution? ja ☐ nein ☐

Gab es eine suchtmittelfreie Zeit außerhalb einer Einrichtung? (Therapie, JVA)

ja ☐ nein ☐

Wenn ja, wie lange maximal? _____

## *Juristische Situation*

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| §35 BtMG | vorhanden? | ja ☐ | nein ☐ | beantragt? | ja ☐ | nein ☐ |
| §57 StGB | vorhanden? | ja ☐ | nein ☐ | beantragt? | ja ☐ | nein ☐ |
| §63 StGB | vorhanden? | ja ☐ | nein ☐ | auf Bewährung? | ja ☐ | nein ☐ |
| §64 StGB | vorhanden? | ja ☐ | nein ☐ | auf Bewährung? | ja ☐ | nein ☐ |
| | beantragt? | ja ☐ | nein ☐ | | | |
| Auflage | vorhanden? | ja ☐ | nein ☐ | welche Art | _____ | |
| Bewährung | vorhanden? | ja ☐ | nein ☐ | beantragt? | ja ☐ | nein ☐ |
| Führungsaufsicht | vorhanden? | ja ☐ | nein ☐ | beantragt? | ja ☐ | nein ☐ |

## *Inhaftierung*

Waren Sie schon einmal inhaftiert? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, wie viele Monate insgesamt umfasst Ihre bisherige Inhaftierungszeit? _____
Verurteilung(en) wegen (z.B. BtMG, Körperverletzung etc.): _____

Wenn Sie gegenwärtig inhaftiert sind, welche Haftstrafe wurde verhängt, beziehungsweise welche Strafe wird erwartet? _____

Weshalb und wie lang waren Sie zuletzt inhaftiert: _____

Wie viele Monate Haft sind noch offen? (.....)

Steht eine Verhandlung an? ja ☐ Nein ☐

## ***Sonstige psychischen oder körperlichen Beeinträchtigungen***

Liegen neben der Suchtmittelabhängigkeit noch andere psychische Beeinträchtigungen vor (z.B. Depressionen, Angststörungen, ADHS, Psychose usw.)

ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie unter Gefühlsschwankungen? ja ☐ nein ☐
Leiden oder litten Sie unter Suizidgedanken? ja ☐ nein ☐
Haben Sie Suizidversuche unternommen? Ja ☐ nein ☐
Wenn ja, wann das letzte Mal _____ _____ _____

Liegen körperliche Beeinträchtigungen vor? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein?

ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche? _____

Von wem verschrieben? _____

## ***Drogenanamnese***

| | Alter bei Erstkonsum | Regelmäßig ja/nein | Menge gering/mittel/hoch |
|---|---|---|---|
| Nikotin | | | |
| Alkohol | | | |
| Amphetamine | | | |
| Benzodiazepine | | | |
| LSD | | | |
| Cannabis | | | |
| Kokain | | | |
| Heroin | | | |
| Badesalz | | | |
| Crystal | | | |
| Kräutermischungen | | | |
| *Andere:* | | | |
| | | | |

Welches war/ist Ihre Hauptdroge? _____

Liegt eine Verhaltenssucht vor? Wenn ja, welche? (Spielsucht, Mediensucht etc.) _____

## ***Persönliche Situation:***

Aktuelle Wohnsituation:

_____

Aktuelle Partnerschaft (suchtmittelfrei?/substituiert?):

_____

Aktueller Kontakt zu Partner*in / Kind:

_____

Soziale Unterstützung:

_____

Suchtmittelfreie Freunde/Bezugspersonen:

_____

Welche dieser Personen kann im Falle einer Aufnahme als Ansprechpartner*in für die ÜWG zur Verfügung stehen?

_____

Freizeitverhalten:

_____

## ***Schulden***

Höhe der Schulden _____

Stand des Regulierungsverfahrens _____

## ***Schule und Beruf:***

Ausbildungsstand:

Schulabschluss: ja ☐ nein ☐

Welche Schule wurde zuletzt besucht?

Sonderschule ☐ Realschule ☐

Hauptschule ☐ Gymnasium ☐

Berufsschule ☐ Sonstige ☐ _____

Abgeschlossene Berufsausbildung(en)? ja ☐ nein ☐

Wenn ja welche? _____

Zuletzt tätig als: _____

## *Kurzer Lebenslauf*

Zum Schluss bitten wir Sie noch um einen kurzen, **stichwortartigen** Lebenslauf!

| von – bis<br>(Jahreszahl od. Alter) | Lebensphase<br>(z.B. Schule, Ausbildung, Arbeit, wichtige Beziehung/Ehe, wichtige Ereignisse etc.) |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Falls nötig, auf Extrablatt ergänzen!

# Vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Einrichtung und für Ihre Mitarbeit!