

# **B E W E R B U N G S B O G E N**

# **SOZIALHILFEVERBAND LINZ-LAND**



## EINGANGSVERMERK

**Zutreffendes bitte ankreuzen  
und am PC bzw. in Blockschrift ausfüllen!**

**Bewerbung als → für das/die:** Zentrum Betreuung und Pflege (ZBP)

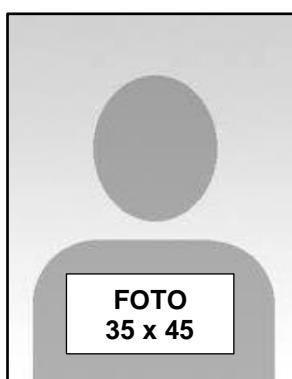
Mobile Dienste (MD)

## Geschäftsstelle (GST)

- Wohngruppenleiter/in
  - DGKP
  - PFA
  - FSB“A”
  - PA
  - Heimhilfe
  - Physiotherapeut/in
  - Ergotherapeut/in
  - Community Nurse
  - .....
  - Verwaltungsassistent/in im ZBP/MD
  - Sachbearbeiter/in der GST/ZRST
  - Ferialpraktikant/in
  - Küchenleiter/in
  - Koch/Köchin
  - Küchenhilfskraft
  - Wäschereimitarbeiter/in
  - Reinigungsmitarbeiter/in
  - Haustechniker/in
  - .....

- ZBP Enns
  - ZBP Haid
  - ZBP Hart
  - ZBP Hörsching
  - ZBP Leonding
  - ZBP Neuhofen
  - ZBP St. Dionysen
  - ZBP St. Florian
  - ZBP Traun
  - Mobile Dienste
  - Geschäftsstelle
  - Zentrale Rechnungsstelle

## Angaben zur Person:



|                               |                                   |                                   |                                 |
|-------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| <b>Geschlecht:</b>            | <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> divers |
| <b>Akad. Grad bzw. Titel:</b> |                                   |                                   |                                 |
| <b>Familienname/n:</b>        |                                   |                                   |                                 |
| <b>Vorname/n:</b>             |                                   |                                   |                                 |
| <b>Telefonnummer:</b>         |                                   |                                   |                                 |
| <b>E-Mail:</b>                |                                   |                                   |                                 |

|                                |  |  |  |  |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--------------------------------|--|--|--|--|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| <b>Straße und Hausnr:</b>      |  |  |  |  |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Postleitzahl und Ort:</b>   |  |  |  |  |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Geburtsname/n:</b>          |  |  |  |  |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Geburtsland und Ort:</b>    |  |  |  |  |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Mutterssprache:</b>         |  |  |  |  |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Staatsbürgerschaft:</b>     |  |  |  |  |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Sozialversicherungsnr.:</b> |  |  |  |  | <b>Geburtsdatum:</b> | T | T | M | M | J | J | J | J |

|                          |                                   |  |
|--------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <b>Wehrdienst</b>                 | <input type="checkbox"/> abgeleistet             |
| <input type="checkbox"/> | <b>Zivildienst</b>                | <input type="checkbox"/> befreit                 |
| <input type="checkbox"/> | <b>Freiwilliges soziales Jahr</b> | <input type="checkbox"/> abgebrochen, weil ..... |

### Derzeitige Tätigkeit/en:

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <b>Als:</b>                          |  |
| <b>Bei:</b>                          |  |
| <b>Arbeitslos gemeldet:</b>          | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit ..... zuständiges AMS: ..... |
| <b>Ehest möglicher Dienstbeginn:</b> |  |

### Sonstiges:

|   |   |                    |   |
|---|---|--------------------|---|
| <b>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 |
| <b>Gesundheitliche Beeinträchtigungen:</b><br><br>(bei festgestellter Minderung der Erwerbstätigkeit<br>bitte Behindertenpass bzw. Bescheid beilegen) | <input type="checkbox"/> nein<br><br><input type="checkbox"/> ja, welche: ....<br><br>Grad der Behinderung: ..... % |                    |   |

### Für die Bewerbung sind folgende Dokumente erforderlich:

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| <b>Bewerbungsbogen</b> | Vollständig ausgefüllt |
| <b>Lebenslauf</b>      | Inkl. Lichtbild        |

### Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass:

- 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. Alle weiteren Informationen gemäß DSGVO finden Sie auf unserer Homepage unter [www.shvll.at](http://www.shvll.at).
- 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.

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

Ort

Datum

Unterschrift