

Herr Frau

Nachname, Vorname:	
Adresse:	
PLZ, Ort:	
Telefon/Handy:	
E-Mail:	
Mails zu Kompass Veranstaltungen:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Alter/Geburtsdatum:	/
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> in Partnerschaft <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Anzahl Kinder / Alter Kinder:	/
Migrationshintergrund:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Art des Migrationshintergrundes:	<input type="checkbox"/> Außerhalb Deutschlands geboren <input type="checkbox"/> Eltern /ein Elternteil außerhalb Deutschlands geboren
Herkunftsland/Muttersprache:	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere _____
Staatsangehörigkeit:	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere _____
Schulabschluss:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welcher Abschluss?	_____
Ist der Abschluss in DE anerkannt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Berufsabschluss:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welcher Berufsabschluss?	_____
Ist der Abschluss in DE anerkannt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Studienabschluss:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welcher Studienabschluss?	_____
Ist der Abschluss in DE anerkannt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Aktueller Berufsstatus:	
Geschäftsidee:	
Branche:	
Gründungsort:	
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	

Einnahmen zum Lebensunterhalt: ja nein

Welche?

- Leistungsbezug ALG I befristet bis: _____
 - Leistungsbezug ALG II seit: _____
 - Leistungsbezug AsylgIB
 - Erwerbseinkommen (Angestellt)*
 - Erwerbseinkommen (Ausbildung)*
 - Erwerbseinkommen (duale Ausbildung)*
 - Einkommen aus Selbständigkeit*
 - Sonstiges*:
- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Grundsicherung <input type="checkbox"/> Leistungsbezug Reha <input type="checkbox"/> Altersrente <input type="checkbox"/> EU-Rente <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> Mutterschutz mit Einkommen <input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> Praktikum <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> |
|--|---|

**ohne ergänzenden Leistungsbezug*

Bei Berufsstatus Arbeitslos:

Dauer der Arbeitslosigkeit

- bis 6 Monate
- 6 Monate < 1 Jahr
- 1 bis < 3 Jahre
- 2 bis < 5 Jahre
- >= 5 Jahre

Selbständigkeit

- Keine Selbständigkeit Nebenberufliche Selbständigkeit bis 15Std./Woche
- Hauptberufliche Selbständigkeit Nebenberufliche Selbständigkeit über 15Std./Woche

Behinderung

Sonstige Behinderung

Einwilligungserklärung

ja

nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben

Datum

Unterschrift