

FRAGEBOGEN

für Menschen mit Behinderungen bzw. chronischen Krankheiten

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Beantwortung dieses Fragebogens freigestellt ist. Der Fragebogen dient lediglich dazu, den an der Auswahl beteiligten Stellen die Berücksichtigung behinderungsbedingter bzw. gesundheitlicher Gesichtspunkte zu ermöglichen. Er dient ebenfalls dazu, über Ihren Antrag auf Nachteilsausgleich bei der Bearbeitung des Online-Auswahltests zu entscheiden.

| | | | |
|--------------|--|---------------|--|
| Name | | Vorname | |
| Geburtsdatum | | Telefonnummer | |

| | | | | | | | | |
|----------------------|--|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Grad der Behinderung | | Gleichstellung? | Ja | | | Nein | | |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | |
|---------------------|--|
| Art der Behinderung | |
|---------------------|--|

Haben Sie z. Z. besondere gesundheitliche Probleme?

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ja | | | Nein | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | |
|------------------|--|
| Wenn ja, welche? | |
|------------------|--|

| |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Wo sehen Sie bei der Bearbeitung des Online-Auswahltests aufgrund Ihrer gesundheitlichen Einschränkungen Probleme? |
| |

| |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Wurde Ihnen für die Bearbeitung schriftlicher Leistungskontrollen/Klausuren in der Schule die Nutzung von Hilfsmitteln gestattet? Welche Hilfsmittel durften Sie verwenden? |
| |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Haben Sie bei schriftlichen Leistungskontrollen/Klausuren in der Schule Zeitverlängerung erhalten? Wenn ja, in welchem Umfang? | in % |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|

Für evtl. folgende Vorstellungsgespräche:

Sind Sie bereit, ggf. an einem Gruppengespräch teilzunehmen?

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ja | | | Nein | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | |
|---------------------------------|--|
| Wenn nein, aus welchen Gründen? | |
|---------------------------------|--|

Datum, Unterschrift