

FRAGEBOGEN

für Menschen mit Behinderungen bzw. chronischen Krankheiten

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Telefonnummer	

Grad der Behinderung		Gleichstellung?	Ja	Nein

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

Haben Sie z. Z. besondere gesundheitliche Probleme?

Ja	Nein

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

Worauf soll beim schriftlichen Auswahlverfahren behinderungsbedingt geachtet werden (z. B. längere Zeitdauer, zusätzliche Pausen, größeres Schriftbild, techn. Hilfsmittel usw.)?

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, an einem Gruppengespräch teilzunehmen?	Ja	Nein

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

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, einen für Sie optimalen Eignungstest durchzuführen.

Datum, Unterschrift