**B.1 (1/3)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Absender:** |  | **Datum:** |
| Name:      |  |  |
| Straße:      |  | **Anmeldung zur Prüfung zum staatlich anerkannten Abschluss Geprüfte Fachkraft zur Arbeits- und Berufsförderung auf der Grundlage der Arbeits- und Berufsförderungs-fortbildungsprüfungsverordnung (GFABPrV) und der aktuellen Prüfungsordnung (PO) vom 04.12.2017, letzte Änderung am 17.12.2020 der zuständigen Stelle.** |
| PLZ/Ort:      |  |
|  |  |
| Koordinierungsstelle Soziale Hilfen der schleswig-holsteinischen Kreise Anstalt des öffentlichen RechtsDer Vorstandz. Hd. Frau Doris HeerenHopfenstr. 2d24114 Kiel |  |  |
|  |  |  |
|  |
| **Allgemeine Angaben:** |
| Prüfungsart: |
| [ ]  Erstprüfung | [ ]  1. Wiederholungsprüfung | [ ]  2. Wiederholungsprüfung |
|  |
| **Zu prüfende Person:** |
| Vorname: |  | Name: |
|       |  |       |
| Geburtsdatum: |  | Geburtsort: |
|       |  |       |
| Straße und Hausnummer: |  | PLZ: | Wohnort: |
|       |  |       |       |
| Staatsangehörigkeit: |  | Geschlecht: |
|       |  | [ ]  männlich | [ ]  weiblich | [ ]  divers |
| Email: |  | Telefon: | Fax: |
|       |  |       |       |
|  |
| **Arbeitsstätte:** |
| Name: |
|       |
| Straße und Hausnummer: |  | PLZ: | Ort: |
|       |  |       |       |
| Email (dienstlich): |  | Telefon (dienstlich): |
|       |  |       |
|  |
| **Bildungseinrichtung:** |
| Name: |
|       |
| Straße und Hausnummer: |  | PLZ: | Ort: |
|       |  |       |       |

**B.1 (2/3)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Befreiung von einzelnen Prüfungsbestandteilen** **gem. § 11 der GFABPrV wird beantragt:** | [ ]  ja |
| [ ]  Nachweis über eine mit Erfolg abgelegte und nicht länger als fünf Jahre zurückliegende Prüfung, die den Prüfungsanforderungen und Prüfungsinhalten der GFABPrV entspricht, ist beigefügt  (Die Entscheidung hierüber trifft die zuständige Stelle im Einvernehmen mit den Prüfungsausschüssen.) |
|  |
| **Nachteilsausgleich wird beantragt:** | [ ]  ja |
| [ ]  Kopie des Schwerbehindertenausweises und des Feststellungsbescheides nach SGB IX ist beigefügt[ ]  ärztliches Attest mit entsprechender Empfehlung hinsichtlich dem als notwendig erachteten Nachteilsausgleich ist beigefügt |
|  |
| **Wiederholungsprüfung:****Haben Sie bereits an einer Prüfung zur Geprüften Fachkraft zur Arbeits- und Berufsförderung teilgenommen?** |
| [ ]  ja (bitte Bescheid nach § 31 PO über die nicht bestandene Prüfung oder Zeugnis nach § 20 PO beifügen)Ich möchte mich von folgenden Prüfungen befreien lassen(in einer vorangegangenen Prüfung wurden mindestens ausreichende Leistungen erzielt. Der Zeitraum von zwei Jahren,gerechnet vom Tag der Beendigung der nicht bestandenen Prüfung, wurde nicht überschritten)[ ]  schriftliche Prüfungsaufgabe[ ]  schriftliche Abschlussarbeit (Dokumentation der Projektarbeit)[ ]  Präsentation verbunden mit einem Fachgespräch[ ]  Ich möchte auch die bestandene Prüfungsleistung wiederholen (in diesem Fall wird das letzte Ergebnis für das Bestehen berücksichtigt) |
|  |
| **Anlagen:** |
| [ ]  Tabellarischer Lebenslauf[ ]  Nachweis über eine Berufsausbildung und mindestens zweijährige Berufspraxis oder[ ]  Nachweis über eine erfolgreich abgelegte Abschlussprüfung in einem auf der Grundlage eines Berufszulassungsgesetzes geregelten Heilberuf  oder[ ]  Nachweis über eine erfolgreich abgelegte Abschlussprüfung in einem dreijährigen landesrechtlich  geregelten Beruf im Gesundheits- und Sozialwesen und eine sich daran anschließende mindestens  zweijährige einschlägige Berufspraxis  oder[ ]  Nachweis über ein erfolgreich abgeschlossenes einschlägiges Hochschulstudium und eine sich daran  anschließende mindestens zweijährige einschlägige Berufspraxis oder[ ]  Nachweis über eine mindestens sechsjährige Berufspraxis (6 Monate der nachzuweisenden Berufspraxis müssen wesentliche Bezüge zu den Aufgaben einer Fachkraft zur Arbeits- und Berufsförderung haben)[ ]  den von der Werkstatt für behinderte Menschen und anderen Anbietern im Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben sowie andere geeignete Einrichtungen und einem qualifizierten Bildungsträger (z. B. DGSP, IBAF) zugestimmten Vorschlag für das Thema des Praxisprojektes einschließlich einer Projektskizze |
|  |
|  |
| **B.1 (3/3)** |
| **Prüfungsgebühr:** |
| Die Prüfungsgebühr übernimmt die zu prüfende Person. Sie beträgt **120,00 €** und ist unmittelbar nach Aufforderung an die zuständige Stelle zu entrichten. |
|  |
|  |
| **Ich versichere, dass meine Angaben richtig und vollständig sind und dass ich die Prüfungsordnung vom 04. Dezember 2017, letzte Änderung am 17.12.2020 zur Kenntnis genommen habe.** |
|  |
|  |
|  |  |
| Unterschrift der zu prüfenden Person |  |