**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 Landesverordnung (GFABPO).** | | | | | | |
| PLZ/Ort: | |  | |
|  | |  | |
| Koordinierungsstelle Soziale Hilfen der schleswig-holsteinischen Kreise Anstalt des öffentlichen Rechts  Der Vorstand  z. Hd. Frau Doris Heeren  Hopfenstr. 2d  24114 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 § 32 GFABPO über die nicht bestandene Prüfung oder Zeugnis nach § 22 GFABPO 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 Landesverordnung vom 22. Februar 2024 zur Kenntnis genommen habe.** | | |
|  | | |
|  | | |
|  |  | |
| Unterschrift der zu prüfenden Person |  | | |