

Bewerbung

Bitte hier Ihr
Foto einkleben

Nachname: _____ Straße: _____
Vorname: _____ PLZ: _____
geboren am: _____ Wohnort: _____
geboren in: _____

Schulabschluß:

- keiner
Hauptschule
Realschule
Fachoberschulreife
Fachhochschulreife

abgeschlossenes Studium:

- nein
ja
wenn ja, welches: _____

Beruf:

- arbeitslos
Hausfrau/-mann
Student/in
Arbeiter/-in
Angestellte/-r
selbständig

Ich arbeite z.Zt. als:

Familienstand:

- ledig
verheiratet
getrennt lebend
geschieden
verwitwet

Konfession:

- evangelisch
katholisch
konfessionslos

privat:

Telefon: _____
Fax: _____
Handy: _____
eMail: _____

geschäftlich:

Telefon: _____
Fax: _____
Handy: _____
eMail: _____

Fragen zu Dr. R. Schuller und der „Hour of Power“

Sehen Sie die Hour of Power.....?

- Regelmäßig
- Manchmal
- Selten

Wenn ja, seit wann? _____

Haben Sie Bücher von Dr. R. Schuller gelesen?

- Ja
- Nein

Wenn ja, welche?

Wie hat Dr. Schuller´s positiver Glaube Ihr Leben beeinflusst oder verändert?

(nehmen Sie bitte ein gesondertes Blatt, falls notwendig)

Bitte schreiben Sie hier, warum Sie gerne bei der NewHopeLine mitarbeiten möchten

(nehmen Sie bitte die Rückseite dieses Blattes, falls notwendig)

Welche seelsorgerliche Erfahrung haben Sie?

(nehmen Sie bitte die Rückseite dieses Blattes, falls notwendig)

Welche praktische seelsorgerliche Erfahrung haben Sie?

(nehmen Sie bitte die Rückseite dieses Blattes, falls notwendig)

In welchen Bereichen haben sie spezielle Erfahrungen/Qualifikationen?

(bitte diesem Schreiben auch Kopien der jeweiligen Qualifikationen beilegen, falls vorhanden)

- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| Adoption <input type="radio"/> | Ehe <input type="radio"/> | Phys. Probleme <input type="radio"/> |
| Alkoholismus <input type="radio"/> | Erziehung <input type="radio"/> | Mißbrauch <input type="radio"/> |
| Alter <input type="radio"/> | Eßstörungen <input type="radio"/> | Scheidung <input type="radio"/> |
| Angst <input type="radio"/> | Familiäre Probleme <input type="radio"/> | Sex. Störungen <input type="radio"/> |
| Berufliche Probleme <input type="radio"/> | Finanzen <input type="radio"/> | Suizid <input type="radio"/> |
| Beziehungen <input type="radio"/> | Homosexualität <input type="radio"/> | Trauer <input type="radio"/> |
| Depressionen <input type="radio"/> | Kindesmißbrauch <input type="radio"/> | Traumata <input type="radio"/> |
| Drogen <input type="radio"/> | Kindheitserlebnisse <input type="radio"/> | Vergewaltigung <input type="radio"/> |
| Andere <input type="radio"/> (bitte unten ausführen) | | |

Sind Sie bereit an Schulungen und Seminaren (zur Zeit 1-2 mal jährlich, nach Bedarf auch mehr) teilzunehmen, die im gesamten Bundesgebiet stattfinden?Ja Nein Falls Sie mit **Nein** geantwortet haben sollten, schreiben Sie bitte hier Ihre kurze Begründung:

Ich versichere, daß ich alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe und daß diese der Wahrheit entsprechen.

Datum: _____

Unterschrift: _____