

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)

© Copyright ZKS / IPSP

Antragsformular zur Anerkennung als Fachsozialarbeiter/-in für Klinische Sozialarbeit (ZKS)

Persönliche Daten:

Name:	_____
Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____
Straße & Nummer:	_____
PLZ & Stadt:	_____
Telefon privat:	_____
Telefon beruflich:	_____
Fax:	_____
E-Mail:	_____

Derzeitige Arbeitsstelle:

Einrichtung:	_____
Straße & Nummer:	_____
PLZ & Stadt:	_____
Telefon:	_____
E-Mail:	_____

Studienabschluss:

Studienabschluss:	_____
Studiengang:	_____
Hochschule:	_____
Abschlussjahr:	_____
Studienschwerpunkt:	_____

Bitte legen Sie eine beglaubigte Kopie Ihres Diploms der Bewerbung bei.

Weitere Studienabschlüsse (auch Aufbaustudiengänge an Hochschulen)

Studienabschluss:	_____
Studiengang:	_____
Hochschule:	_____
Abschlussjahr:	_____

Bitte legen Sie eine beglaubigte Kopie Ihrer Zertifikate und ggf. Angaben zu Studieninhalten bei (nur wenn relevant für Zertifizierung).

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)

© Copyright ZKS / IPSP

Praxiserfahrung Klinische Sozialarbeit - Postgradual

Praktische Klinische Sozialarbeit wird von der ZKS in der Bedeutung unmittelbarer Arbeit an und mit betroffenen Menschen: Klienten, Patienten, Angehörigen verstanden. Dies bedeutet, Sie können alle belegbaren Tätigkeiten angeben, die Sie im Zusammenhang mit psycho-sozialen Konflikten, Krisen, psychosozialen Störungen, psychischen Erkrankungen, körperlichen Störungen / Erkrankungen und im Bereich der Arbeit mit behinderten Menschen durchgeführt haben. Dazu gehören Beratung (im Einzel-, Familien- und Gruppengespräch), Krisenintervention, Soziotherapie, aufsuchende Arbeit, Prävention, Rehabilitation, Mediation, sowie Case-Management (von der Aufnahme in stationäre Einrichtungen, Übergangseinrichtungen und ambulanten Maßnahmen bis zu Evaluation und Qualitätsmanagement).

Klinische Praxiserfahrung:

Die ZKS verlangt eine postgraduale klinische Praxiserfahrung von mindestens 7500 Stunden; dies entspricht 5 Jahren Tätigkeit in einer Vollzeitstelle. Belegen Sie bitte in den nächsten Punkten Ihre klinische Praxiserfahrung, damit wir Sie anerkennen können.

Summe der Praxiserfahrung:

Haben Sie nach Ihrem Hochschulabschluss mindestens 7500 Stunden Sozialarbeit mit klinischen Aufgabenstellungen geleistet? Ja Nein

Praxiserfahrung A:

Einrichtung:	_____
Straße & Nummer:	_____
PLZ & Stadt:	_____
Telefon:	_____
E-Mail:	_____
Beschäftigungsbeginn: (Jahr/Monat)	_____
Beschäftigungsende: (Jahr/Monat)	_____
Anzahl Monate der Beschäftigung:	_____
Ausgeführte Tätigkeiten	_____

Legen Sie bitte eine Bestätigung Ihrer Arbeitsstelle bei (original oder beglaubigt)

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)

© Copyright ZKS / IPSP

Praxiserfahrung B:

Einrichtung:	
Straße & Nummer:	
PLZ & Stadt:	
Telefon:	
E-Mail:	
Beschäftigungsbeginn: (Jahr/Monat)	
Beschäftigungsende: (Jahr/Monat)	
Anzahl Monate der Beschäftigung:	
Ausgeführte Tätigkeiten	

Legen Sie bitte eine Bestätigung Ihrer Arbeitsstelle bei (original oder beglaubigt)

Praxiserfahrung C:

Einrichtung:	
Straße & Nummer:	
PLZ & Stadt:	
Telefon:	
E-Mail:	
Beschäftigungsbeginn: (Jahr/Monat)	
Beschäftigungsende: (Jahr/Monat)	
Anzahl Monate der Beschäftigung:	
Ausgeführte Tätigkeiten	

Legen Sie bitte eine Bestätigung Ihrer Arbeitsstelle bei (original oder beglaubigt)

Kopieren Sie bei Bedarf diese Seite und legen Sie weitere Belege bei.

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)

© Copyright ZKS / IPSG

Fort- und Weiterbildungen Postgradual

Führen Sie bitte auf dieser Seite alle klinisch relevanten Fort- und Weiterbildungen in wissenschaftlich fundierten Verfahren auf, die Sie seit dem Erwerb Ihres Hochschuldiploms erfolgreich absolviert haben, dazu gehören z.B. therapeutische Fortbildungen, Gesprächsführung bzw. Beratung, Psychotherapie und Soziotherapie. Die ZKS fordert einen Umfang von mindestens 500 Unterrichtsstunden. Mehrere kürzere klinisch relevante Fortbildungen bzw. Module können kumulativ anerkannt werden.

Die Inhalte werden inhaltlich durch die ZKS geprüft, ggf. werden Auflagen für eine gezielte Ergänzung (Nachqualifikation) gemacht.

Fortbildung 1:

Abschluss (Titel):	_____
Inhalte:	_____ _____ _____ _____ _____
Beginn:	(Jahr/Monat) _____
Ende:	(Jahr/Monat) _____
Unterrichtsstunden:	_____
Fortbildungsstätte:	_____ _____
Adresse:	_____
Telefon:	_____
Fax:	_____
Mail:	_____

Legen Sie der Bewerbung bitte eine Bestätigung (original oder beglaubigt) und eine Übersicht der Lehrinhalte bei.

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)

© Copyright ZKS / IPSPG

Fortbildung 2:

Abschluss (Titel):	
Inhalte:	
Beginn:	(Jahr/Monat)
Ende:	(Jahr/Monat)
Unterrichtsstunden:	
Fortbildungsstätte:	
Adresse:	
Telefon:	
Fax:	
Mail:	

Legen Sie der Bewerbung bitte eine Bestätigung (original oder beglaubigt) und eine Übersicht der Lehrinhalte bei.

Fortbildung 3:

Abschluss (Titel):	
Inhalte:	
Beginn:	(Jahr/Monat)
Ende:	(Jahr/Monat)
Unterrichtsstunden:	
Fortbildungsstätte:	
Adresse:	
Telefon:	
Fax:	
Mail:	

Legen Sie der Bewerbung bitte eine Bestätigung (original oder beglaubigt) und eine Übersicht der Lehrinhalte bei.

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)

© Copyright ZKS / IPSPG

Fortbildung 4:

Abschluss (Titel):	
Inhalte:	
Beginn:	(Jahr/Monat)
Ende:	(Jahr/Monat)
Unterrichtsstunden:	
Fortbildungsstätte:	
Adresse:	
Telefon:	
Fax:	
Mail:	

Legen Sie der Bewerbung bitte eine Bestätigung (original oder beglaubigt) und eine Übersicht der Lehrinhalte bei.

Fortbildung 5:

Abschluss (Titel):	
Inhalte:	
Beginn:	(Jahr/Monat)
Ende:	(Jahr/Monat)
Unterrichtsstunden:	
Fortbildungsstätte:	
Adresse:	
Telefon:	
Fax:	
Mail:	

Legen Sie der Bewerbung bitte eine Bestätigung (original oder beglaubigt) und eine Übersicht der Lehrinhalte bei.

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)

© Copyright ZKS / IPSG

Selbsterfahrung in der Gruppe

Führen Sie hier bitte die zur Anerkennung notwendigen Stunden an Selbsterfahrung in der Gruppe auf. Die ZKS fordert 100 Stunden, diese können als Bestandteil der oben aufgeführten Weiterbildungen anteilig anerkannt werden. Die aufgeführten Punkte werden durch die ZKS geprüft, ggf. werden Auflagen für eine gezielte Ergänzung (Nachqualifikation) gemacht.

Selbsterfahrung 1:

Bezeichnung:	
Inhalte:	
Beginn:	(Jahr/Monat)
Ende:	(Jahr/Monat)
Stundenzahl:	
Fortbildungsstätte:	
Adresse:	
Telefon:	
Fax:	
Mail:	

Legen Sie bitte eine Bestätigung (original / beglaubigt) bei.

Selbsterfahrung 2:

Bezeichnung:	
Inhalte:	
Beginn:	(Jahr/Monat)
Ende:	(Jahr/Monat)
Stundenzahl:	
Fortbildungsstätte:	

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)

© Copyright ZKS / IPSP

Adresse: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Mail: _____

Legen Sie bitte eine Bestätigung (original / beglaubigt) bei.

Selbsterfahrung 3:

Bezeichnung: _____

Inhalte: _____

Beginn: (Jahr/Monat) _____

Ende: (Jahr/Monat) _____

Stundenzahl: _____

Fortbildungsstätte: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Mail: _____

Legen Sie bitte eine Bestätigung (original / beglaubigt) bei.

Selbsterfahrung 4:

Bezeichnung: _____

Inhalte: _____

Beginn: (Jahr/Monat) _____

Ende: (Jahr/Monat) _____

Stundenzahl: _____

Fortbildungsstätte: _____

Adresse: _____

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)

© Copyright ZKS / IPSP

Telefon: _____

Fax: _____

Mail: _____

Legen Sie bitte eine Bestätigung (original / beglaubigt) bei.

Supervision

Führen Sie hier bitte die zur Anerkennung notwendigen Stunden an Supervision auf. Die ZKS fordert 50 Stunden, diese können als Bestandteil der oben aufgeführten Weiterbildungen anteilig anerkannt werden. Die aufgeführten Punkte werden durch die ZKS geprüft, ggf. werden Auflagen für eine gezielte Ergänzung (Nachqualifikation) gemacht.

Supervision 1:

Bezeichnung: _____

Inhalte: _____

Beginn: (Jahr/Monat) _____

Ende: (Jahr/Monat) _____

Stundenzahl: _____

Supervisor: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Mail: _____

Legen Sie bitte eine Bestätigung (original / beglaubigt) bei.

Supervision 2:

Bezeichnung: _____

Inhalte: _____

Beginn: (Jahr/Monat) _____

Ende: (Jahr/Monat) _____

Stundenzahl: _____

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)

© Copyright ZKS / IPSG

Supervisor:	_____

Adresse:	_____
Telefon:	_____
Fax:	_____
Mail:	_____

Legen Sie bitte eine Bestätigung (original / beglaubigt) bei.

Supervision 3:

Bezeichnung:	_____

Inhalte:	_____

Beginn:	(Jahr/Monat) _____
Ende:	(Jahr/Monat) _____
Stundenzahl:	_____
Supervisor:	_____

Adresse:	_____
Telefon:	_____
Fax:	_____
Mail:	_____

Legen Sie bitte eine Bestätigung (original / beglaubigt) bei.

Supervision 4:

Bezeichnung:	_____

Inhalte:	_____

Beginn:	(Jahr/Monat) _____
Ende:	(Jahr/Monat) _____
Stundenzahl:	_____
Supervisor:	_____

Adresse:	_____
Telefon:	_____
Fax:	_____
Mail:	_____

Legen Sie bitte eine Bestätigung (original / beglaubigt) bei.

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)

© Copyright ZKS / IPSP

Empfehlungsschreiben

Lassen Sie dieses Formular bitte von einer / einem berufserfahrenen Kollegin / Kollegen ausfüllen. Sie benötigen die Empfehlung, um von der ZKS als Fachsozialarbeiter/-in für Klinische Sozialarbeit anerkannt zu werden.

Ich verfüge über mindestens 5 Jahre Berufserfahrung in professioneller Sozialarbeit und empfehle der ZKS den Kandidaten / die Kandidatin Frau / Herrn

_____ anzuerkennen.

Hiermit versichere ich, dass ich mir persönlich ein Bild über die professionelle Arbeit des Bewerbers / der Bewerberin gemacht habe.

Ich versichere, diese Angaben nach bestem Wissen zu machen. Ich weiß, dass meine Informationen von der ZKS dazu verwendet werden, über die Anerkennung der Kandidatin / des Kandidaten zu entscheiden.

Datum, Ort _____

Unterschrift _____

Persönliche Angaben des Empfehlenden:

Name:	_____
Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____
Straße & Nummer:	_____
PLZ & Stadt:	_____
Telefon beruflich:	_____
E-Mail:	_____
Wie lange kennen Sie den Kandidaten / die Kandidatin in ihrer / seiner professionellen Arbeit:?	_____
Eigener Studienabschluss	_____
Abschlussjahr	_____
Hochschule:	_____
Ggf. eigene Fort- und Weiterbildungen	_____

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)

© Copyright ZKS / IPSP

Berufsethische Prinzipien

Die berufsethischen Prinzipien der ZKS lehnen sich an den *Code of Ethics* der *Clinical Social Work Federation* (www.cswf.org) an. Jede(r) Zertifikatsinhaber/-in verpflichtet sich vor Aushändigung des Zertifikates per Unterschrift zur Einhaltung der berufsethischen Forderungen.

Erklärung

Ich bestätige, dass ich die berufsethischen Prinzipien von der ZKS in schriftlicher Form erhalten habe. Ich habe sie gelesen und erkenne sie an. Ich akzeptiere die Ethikkommission der ZKS als Schlichtungsstelle in Konflikt- und Streitfällen. Ich akzeptiere, dass ich bei nachgewiesenen bedeutsamen Verstößen gegen die Ethikrichtlinien das Zertifikat an die ZKS zurückgeben muss und den Titel „Fachsozialarbeiter/-in für Klinische Sozialarbeit (ZKS)“ nicht mehr führen darf.

Ort und Datum

Unterschrift

Zuallerletzt möchten wir Sie höflichst bitten, sich ein wenig Zeit zu nehmen, um an unsere Umfrage teilzunehmen. Für evaluative Zwecke möchte wir gerne von Ihnen erfahren, wie Sie von der Anerkennung als Fachsozialarbeiter/-in für Klinische Sozialarbeit (ZKS) erfahren haben?

Vortrag/Präsentation

Flyer

Internet

Kollege/n

Kongress/Tagung

Anzeige

in (Name der Zeitung/Zeitschrift) Ausgabe:.....

sonstige Quellen