

## Antrag auf Anerkennung als Praxisstelle

Wir beantragen hiermit die Anerkennung unserer Einrichtung als Praxisstelle für die u. a. Praxisphasen:

Berufspraktische Studien (BPS)  
im Praxismodul während des Studiums

Berufspraktikum (BP) zur  
staatlichen Anerkennung nach dem Studium

### Träger

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

### Praxisstelle

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Bundesland \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

### Arbeitsfeld

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Kinder-, Jugend- und Familienhilfe        | <input type="checkbox"/> |
| Schulsozialarbeit                         | <input type="checkbox"/> |
| Gesundheitswesen und Gesundheitsförderung | <input type="checkbox"/> |
| Suchthilfe                                | <input type="checkbox"/> |
| Behindertenhilfe                          | <input type="checkbox"/> |
| Altenhilfe                                | <input type="checkbox"/> |
| Straffälligenhilfe                        | <input type="checkbox"/> |
| Soziale Hilfen                            | <input type="checkbox"/> |
| Migration                                 | <input type="checkbox"/> |
| Sozialraumorientierung                    | <input type="checkbox"/> |
| Geschlechtsspezifische Hilfen             | <input type="checkbox"/> |
| Sozialmanagement/-planung                 | <input type="checkbox"/> |
| Bildungsträger                            | <input type="checkbox"/> |

Sonstiges \_\_\_\_\_



**Fachkräfte**

Hauptamtliche sozialpädagogische Fachkräfte\* ( )  
Dipl. Pädagog\*innen ( )  
Ärzt\*innen ( )  
Verwaltungsfachkräfte ( )  
Theolog\*innen ( )  
Dipl. Psycholog\*innen ( )  
andere Fachkräfte ( )

(bitte Anzahl eintragen)

Die fachliche Anleitung der Praktikant\*innen ist gesichert durch die folgenden Mitarbeiter\*innen:

Name, Vorname	Staatl. Anerkennung als Sozialarbeiter*in/-pädagog*in		Teilnahme an Anleiter*innen- Qualifizierung der Universität Kassel	
_____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
_____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
_____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Bitte gesondertes Blatt beifügen, falls mehr als 3 qualifizierte Anleiter\*innen.

Verfügt die anleitende Fachkraft nicht über die staatliche Anerkennung als Sozialarbeiter\*in/Sozialpädagog\*in, bitte hier die Qualifikationen angeben, die zur Anleitung von Studierenden/Absolvent\*innen befähigen (bitte Nachweise beifügen).

\_\_\_\_\_

Datum, Stempel und Unterschrift des Trägers:

\_\_\_\_\_

**Optionale Anlagen: Weitere für die Anerkennung wichtige Informationen; z.B. allgemeine Informationen zum Träger, Satzung, Organigramm etc.**