

Schorlemer Stiftung des DBV

Claire-Waldoff-Straße 7
10117 Berlin
Tel.: (030) 31 904- 321
Fax: (030) 31 904- 431



INBOUND Anmeldeformular - Mindestlohn INBOUND application form - minimum wage

Passfoto
passport photo

Nachname / family name

Vorname / first name

Nationalität / citizenship

Gewünschte Dauer des Praktikums (3-12 Monate) / requested length of training (3-12 months):

von / from _____

bis / until _____

Geburtsort / place of birth

Geburtsdatum / date of birth

Geschlecht / sex

männlich / male

weiblich / female

Zivilstand / civilian status

ledig / single

verheiratet / married

Kinder / children

Führerscheine / drivers licences

PKW / car

LKW / truck

Traktor / tractor

Fremdsprachen / foreign languages

1. _____
gut / good

2. _____
mittel / average

3. _____
schlecht / poor

bisherige Aufenthalte in Deutschland / former stays in Germany **Zeitraum, Ort, Zweck**/period, place, purpose:

Ihre derzeitige Postanschrift (hierhin wird ggf. Ihre Arbeitsgenehmigung im Original gesendet) / present postal address (if necessary we'll send your original work permission to this adress):

Tel. / phone: _____

E-Mail: _____

Anschrift Ihrer Eltern / parents' address:

Tel. / phone: _____

E-Mail: _____

Platzierungswunsch / placement request:

Landwirtschaft / agriculture

(Milchproduktion, Bullenmast, Schweinezucht und -mast, Ackerbau und Landtechnik, ...)
(dairy, beef, pig-breeding and -fattening, field crops and machinery, ...)

Gartenbau / horticulture

(Garten- und Landschaftsbau, Gartencenter, Zierpflanzenbau, Gemüsebau, Obstbau, ...)
(landscaping, garden centre, ornamental gardening, vegetables, orchards, ...)

Weinbau / viticulture

Pferdewirtschaft / equine sector/ horse management

Agri-Mix / Agri-home

(Kombination aus Land- + Hauswirtschaft)
(combination of agriculture and home-management)

Beschreibung des gewünschten Praktikumsbetriebes / description of preferred host farm:

1. Wahl oder / 1st choice or

2. Wahl oder / 2nd choice or

3. Wahl / 3rd choice

Anschrift der Gastfamilie, falls bereits bekannt / address of host family, if known already:

Tel. / phone: _____

E-mail: _____

Haben Sie bereits folgende Berufsausbildung/en absolviert/ Did you finish one or more of the following professional education(s):

Universität / university

Fachhochschule / university of applied sciences

Lehre / technical school

anderes / other: _____

Dauer der Ausbildung / length of education: _____

Diplom / diploma: _____

Zusatzkurse / special training courses: _____

Berufserfahrung im gewünschten Praktikumsbereich / practical experience in the required field of training:

Zeitraum / period	Position / position Tätigkeiten & Aufgaben / duties	Produktionsbereich / branch of production

Ihre gegenwärtige Tätigkeit / present occupation:

Familiärer Hintergrund / family background:

Sie sind auf einem landwirtschaftlichen Betrieb / Gartenbaubetrieb aufgewachsen?

Have you been raised on a farm or horticultural enterprise?

ja / yes **nein** / no

Falls ja - bitte beschreiben Sie Ihren elterlichen Betrieb!

If yes - please characterize your parents' farm!

Rauchen Sie? / Do you smoke?:

ja / yes **nein** / no

Auf den folgenden Seiten wird die männliche Bezeichnung als Oberbegriff verwendet, der die weibliche Form mit einschließt. Der Verzicht auf die konsequente Nennung der männlichen und der weiblichen Form dient ausschließlich der besseren Lesbarkeit. / At the following pages, the masculine term is used as a generic term that includes the feminine form.

Die folgenden Fragen dienen dazu ein besseres Matching zwischen Betrieb und Praktikanten zu ermöglichen. Sollten Sie Fragen nicht beantworten wollen, lassen Sie das Feld bitte einfach frei.

The questions are used to enable a better match between host farm and intern. If you don't want to answer any of these questions, please leave the field blank.

Gibt es religiöse Zeremonien/Rituale, denen Sie täglich/im Jahr nachkommen (Bräuche, Gebete, Fastenzeiten etc.)? Bitte nur beantworten, wenn sich daraus ggf. Einschränkungen für Ihren Arbeitsalltag ergeben.

Are there religious ceremonies/rituals that you follow daily/within the year (customs, prayers, lent etc.)? Please just answer, if important for your daily work:

Wenn es um das gemeinsame Kochen mit Ihrer Gastfamilie geht, sollte diese wissen, dass Sie folgende Allergien haben... / Sie folgende Dinge nicht essen...

When it comes to cooking with my host family they should know that you got the following allergies ... / you don't eat this ... :

Welchen Freizeitaktivitäten (Sport, Hobbies, Vereine) kommen Sie nach / What leisure activities do you do (sports, hobbies, member of an associations):

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

I hereby confirm the accuracy of the information provided

Ort, Datum und Unterschrift (handschriftlich oder digitale Signatur) des Bewerbers

place and date, signature (handwritten or digital signature) of the candidate

Bitte legen Sie dem ausgefüllten Bogen auch die folgenden Dokumente bei:

Please include also the following documents:

1. **Ausbildungszeugnis + Übersetzung** (Beglaubigte Übersetzung in Deutsch)
Diploma or certificate from university or college + certified translation in German
2. **Sprachzeugnis, mindestens B1 – Niveau**
Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir in Einzelfällen ein telefonisches Interview in deutscher Sprache durchführen
Language certificate (**German speaking interns only**)
(Written proof that the applicant complies with the minimum language skill requirements B1), please understand that in individual cases we conduct a telephone interview
3. **Tabellarischer Lebenslauf/CV (kein handschriftliches Dokument)**
CV or vita, written overview of your current place of residence and contact details, experiences and other qualifications/hobbies, current working situation/studies at university (no handwritten document)
4. **Motivationsschreiben. Stellen Sie in einem Anschreiben, an den potenziellen Betrieb, Ihre Person vor. Welchen Bezug haben Sie zur Landwirtschaft und erklären Sie, warum Sie ein Weiterbildungspraktikum im entsprechenden Bereich machen möchten (kein handschriftliches Dokument)**
Letter of motivation. Write a cover letter with background information of personal life, relation to agriculture, reasons for doing the internship in this sector (no handwritten document).
5. **Zwei Arbeitszeugnisse der letzten Arbeitgeber. Ggf. eine Kopie des Originals und eine eigene deutsche oder englische Übersetzung, die vom ehemaligen Arbeitgeber erneut unterschrieben und gestempelt wurde.**
Two copies of original work references/letters of recommendations and a translation in German or English, stamped and signed by the employer, the college or university (students)
6. **Internationaler Führerschein** (notwendig, wenn Sie Traktor fahren dürfen)
International driving licence if the applicant is allowed to drive a tractor
7. **Kopie des Reisepasses**
copy of passport
8. **Überweisung mit Beleg**
Der Bewerber verpflichtet sich bei erfolgreicher Vermittlung eines Praktikums ein Entgelt zu entrichten. Die insgesamt 350,- EUR setzen sich wie folgt zusammen:
 - a) Praktikanten außerhalb der EU zahlen aufgrund der anfallenden Arbeit mit dem Visum eine Vorabgebühr in Höhe von 200,- EUR
 - b) Nach erfolgreicher Vermittlung (Vertragsunterzeichnung) werden die restlichen 150,- EUR fällig. Bitte überweisen Sie mit Einreichen der Bewerbungsunterlagen die Vorabgebühr, sonst kann die Bewerbung nicht bearbeitet werden:

Kontoinhaber:	Schorlemer Stiftung des Deutschen Bauernverbandes
Bank:	Volksbank Köln Bonn eG
BIC:	GENODED1BRS
IBAN:	DE04 3806 0186 1700 3490 27
Buchungsvermerk:	Bu-Nr.: 8100/2021 Nachname, Vorname

Payment transfer and receipt

The Schorlemer Stiftung charges every applicant outside of the EU a pre-fee of 200 EUR. This covers our work until the visa permit is granted. After having a successful visa procedure, we will charge the actual application fee of 150 EUR. Please transfer the pre-fee with handling in your application documents. **We will not start to check your application until we register your fee:**

Bank account owner: Schorlemer Stiftung des Deutschen Bauernverbandes
Bank: Volksbank Köln Bonn eG
BIC: GENODED1BRS
IBAN: DE04 3806 0186 1700 3490 27
Code: Bu-Nr.: 8100/2021 Surname, Name (of intern)

9. Kein Vertragsabschluss

Sollte es zu keinem Vertragsabschluss kommen, kann bei gezahlter Vorabgebühr (wenn es sich um eine andere Währung als Euro handelt), diese nicht im vollen Umfang erstattet werden. Die Gebühren der Bank trägt bei der Rücküberweisung der Empfänger.

If no contract is concluded, the advance fee can not be fully refunded if the currency is other than Euro. The bank fees shall be borne by the recipient when the money is returned.

10. Kündigung des Vermittlungsvertrages

Bei Kündigung des Vermittlungsvertrages von Seiten des Bewerbers/der Bewerberin wird von der Schorlemer Stiftung eine Stornogebühr erhoben. Je nach Stand der Vermittlung beträgt die Gebühr 75,- EUR oder 150,- EUR. Zusätzlich fallen auch hier die Gebühren der Bank an.

Cancellation of the contract of placement

The Schorlemer Stiftung charges a cancellation fee in case of cancellation of the contract. Depending on the status of the placement it will be 75,- EUR or 150,- EUR. Also the bank fees are passed on to the recipient.

11. Personenbezogene Daten

Die personenbezogenen Daten des Bewerbers dürfen zum Zwecke der Vermittlung an die Betriebe, für die Visabeschaffung an notwendige Behörden, sowie im Rahmen der Projektabrechnung, an entsprechende Stellen weitergeleitet werden. Die personenbezogenen Daten sind für die Vermittlung des Praktikums erforderlich und werden auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben (Artikel 6 Abs. 1b DSGVO). Sie werden so lange gespeichert, wie dies für die Erfüllung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten sowie aus Gründen zur Erhaltung von Beweismitteln erforderlich ist. Bitte beachten Sie auch die Information zur Datenerhebung gemäß Artikel 13 DSGVO.

Personal data

The personal data of the candidate may be forwarded to an agricultural holding, visa/government agency, embassy for the purpose of placement, as well as in context of project settlement. The personal data are required for the placement and will be kept as long as it is necessary for fulfilling contractual and legal obligations and for reasons of preservation of evidence.

12. Einverständniserklärung

Mit folgender Unterschrift erklärt sich der Bewerber mit den vorgenannten Bedingungen einverstanden.

Declaration of agreement

With the following signature the candidate agrees to the above conditions.

Name des Bewerbers

Name of candidate

Anschrift des Bewerbers

adress of candidate

Ort, Datum und Unterschrift (handschriftlich oder digitale Signatur) des Bewerbers

place and date, signature (handwritten or digital signature) of the candidate

Schorlemer Stiftung des DBV

Claire-Waldoff-Straße 7
10117 Berlin
Tel.: (030) 31 904- 321
Fax: (030) 31 904- 431



Angaben über den Notfallkontakt emergency contact details

Name your name	
Adresse home address	
Telefonnummer home telephone number	

Name des nächsten Angehörigen name of your next of kin	
Adresse des nächsten Angehörigen address of your next of kin	
Telefonnummer daytime telephone number	
In welcher Beziehung stehen Sie zu diesem Angehörigen relationship	

Please state any medical details which we should be aware of in the event of an emergency, eg. diabetes, epilepsy.

This information will be treated as confidential.

Ort, Datum und Unterschrift (handschriftlich oder digitale Signatur) des Bewerbers
place and date, signature (handwritten or digital signature) of the candidate

Gesundheitsfragebogen
health questionnaire

Wir bitten Sie um wahrheitsgetreue und vollständige Angaben. Bitte beachten Sie, dass diese vertraulich behandelt werden und lediglich dazu dienen, einen optimalen Praktikumsplatz für Sie zu finden, der einer eventuellen gesundheitlichen Einschränkung Rechnung trägt, und nicht zwangsläufig einen Ausschluss aus dem Programm bedeuten.

We ask for truthful and complete information. Please note that these are kept confidential and are only intended to provide you with an optimal internship that takes into account any health restrictions. It does not necessarily mean that you will be excluded from the program.

Waren Sie in den letzten 5 Jahren wegen einer der nachfolgend genannten Krankheiten/Verletzungen/Beschwerden in Behandlung? Wenn ja, beschreiben Sie bitte die erfolgte Therapie und den derzeitigen Status der Erkrankung/ gesundheitlichen Einschränkung (falls erforderlich, legen Sie bitte ein Zusatzblatt bei).

Have you been treated for any of the following illnesses / injuries / complaints in the last 5 years? If yes, please describe the therapy that has taken place and the current status of the illness / health restriction (if necessary, please attach an additional sheet).

Erkrankung/gesundheitliche Einschränkung Illness / health restriction	Ja: Wann? Therapie? Derzeitiger Status? Yes: When? Therapy? Current Status	Nein No
Herzkrankheiten / Heart disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leberkrankheiten / Liver diseases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenkrankheiten / Kidney disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis / Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-/Darmgeschwüre / Stomach/intestinal ulcers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knochen-/Leistenbrüche / Bone/inguinal hernias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskel-, Gelenk-, Rückenerkrankungen / Muscle, joint, back disorders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrankheiten / Skin diseases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien gegen Pflanzen/Tiere / Allergies to plants/animals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien gegen Nahrungsmittel / Allergies to food	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien gegen Medikamente / Allergies to drugs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes / Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose / Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma/Atembeschwerden / Asthma/breathing problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie / Epilepsy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bluthochdruck / High blood pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatisches Fieber / Rheumatic fever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Schmerzen / Chronic pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogen- oder Alkoholabhängigkeit / Drug or alcohol dependence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen / Mental illness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essstörungen / Eating disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seh-/Hörschwächen / Visual/hearing impairment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperbehinderungen / Disabilities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere (Welche?) / Other (Which?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Platz für ausführlichere Erläuterungen / space for further remarks:

Nehmen Sie aktuell Medikamente. Falls ja, welche? / Do you currently take medication regularly? If so, which and what for?

Liegt derzeit eine Schwangerschaft vor? / Are you pregnant? yes no

Hiermit bestätige ich, dass ich obige Angaben wahrheitsgetreu und vollständig gemacht habe und gesundheitlich in der Lage bin, an dem Praktikantenprogramm teilzunehmen. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich vom Programm ausgeschlossen werde, wenn ich Informationen meinen Gesundheitszustand betreffend, wissentlich zurückgehalten bzw. obige Fragen, nicht wahrheitsgemäß beantwortet habe. Ich verpflichte mich, die Schorlemer Stiftung des Deutschen Bauernverbandes unverzüglich zu informieren, sollte sich mein oben definierter Gesundheitszustand vor oder während meines Praktikums verändern.

I hereby confirm that I have provided the above information truthfully and completely and that I am in a position to participate in the internship program. I acknowledge that I am excluded from the program if I knowingly withheld my health information or did not truthfully answer the above questions. I undertake to inform the German Farmers Association immediately if my above-defined state of health changes before or during my internship.

Name in Druckbuchstaben / name in printed letters:

Ort, Datum und Unterschrift (handschriftlich oder digitale Signatur) des Bewerbers
place and date, signature (handwritten or digital signature) of the candidate

(Bezeichnung der Universität/Hochschule. **Name of the university/college**)

ist staatlich oder staatlich anerkannt und akkreditiert von der zuständigen Stelle des Landes.
is a state or officially recognized and accredited by the competent authority of the country.

Immatrikulationsbescheinigung Certificate of Enrolment

Nachname(n)

Surname(s)

Vorname(n)

Given name(s)

geboren am

Date of birth ____ . ____ . ____
Tag Monat Jahr
day month year

Staatsangehörigkeit

Citizenship

Studiengang in einer anerkannten und akkreditierten Studienform

Programme of study in a recognized and accredited form of study

Bachelorstudium Masterstudium Doktoratsstudium andere Hochschulbildung mit Mindestlaufzeit von 3 Jahren
undergraduate graduate postgraduate other higher education with minimum duration of 3 years

Studienfach und akad. Grad

Subject of study and degree

Eingeschriebene/r Student/in seit

Enrolled as a student since ____ . ____ . ____
Tag Monat Jahr
day month year

Regeldauer des Studiums

Standard duration of study years

Jahre

Wenn alle formalen Voraussetzungen des Studiums erfüllt sind, wird das Studium am

beendet.

If all formal requirements of the study are fulfilled, it is expected to graduate on ____ . ____ . ____
Tag Monat Jahr
day month year

Anschrift und Telefonnummer der Universität/Fachhochschule

Address and telephone number of the university/college

Homepage der Universität/Fachhochschule

Homepage of the university/college

WWW.....

Datum

Date ____ . ____ . ____
Tag Monat Jahr
day month year

Stempel der Universität/Fachhochschule
und Unterschrift einer autorisierten Person
**Stamp/seal of the university/college
and signature of an authorised person**