



Zertifizierungsstelle des
European Centre for Clinical Social Work e.V.

**Antragsformular zur Anerkennung als
Fachsozialarbeiter für Klinische Sozialarbeit/Fachsozialarbeiterin für Klinische
Sozialarbeit - Clinical Social Worker (CSW-ECCSW)**

Stand: August 2017

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).

Praxiserfahrung Klinische Sozialarbeit – Postgradual

Praktische Klinische Sozialarbeit wird von dem ECCSW 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, Sozialtherapie, 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:

Das ECCSW verlangt eine postgraduale klinische Praxiserfahrung von mindestens 4500 Stunden; dies entspricht 3 Jahren Tätigkeit in einer Vollzeitstelle. Bei Teilzeitstellen gilt eine entsprechende Zeitverlängerung. Belegen Sie bitte in den nächsten Punkten Ihre klinische Praxiserfahrung, damit wir Sie anerkennen können.

Bei **berufsbegleitenden Masterstudiengängen** wird die studienbegleitende Praxiszeit - sofern sie einschlägig klinisch-sozialarbeiterische Tätigkeiten umfasst - voll angerechnet.

Summe der Praxiserfahrung:

Haben Sie nach Ihrem Hochschulabschluss mindestens 4500 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).

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 die entsprechenden Nachweise bei.

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. Das ECCSW fordert einen Umfang von mindestens 500 Unterrichtsstunden. Mehrere kürzere klinisch relevante Fortbildungen bzw. Module können kumulativ anerkannt werden. Die Inhalte werden inhaltlich durch das ECCSW geprüft, ggf. werden Auflagen für eine gezielte Ergänzung (Nachqualifikation) gemacht.

Sozial-klinisch orientierte weiterbildende Masterstudiengänge können im Umfang bis zum Zeitpunkt der Antragstellung angerechnet werden.

Fortbildung 1:

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

Legen Sie der Antragstellung bitte eine Bestätigung (original oder beglaubigt) und eine Übersicht der Lehrinhalte und erreichtem Stundenumfang (oder ECTS) bei.

Fortbildung 2:

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

Legen Sie der Antragstellung bitte eine Bestätigung (original oder beglaubigt) und eine Übersicht der Lehrinhalte und erreichtem Stundenumfang (oder ECTS) bei.

Fortbildung 3:

Abschluss (Titel): _____

Inhalte: _____

Beginn: (Jahr/Monat) _____

Ende: (Jahr/Monat) _____

Unterrichtsstunden/ECTS: _____

Fortbildungsstätte: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Mail: _____

Legen Sie der Antragstellung bitte eine Bestätigung (original oder beglaubigt) und eine Übersicht der Lehrinhalte und erreichtem Stundenumfang (oder ECTS) bei.

Fortbildung 4:

Abschluss (Titel): _____

Inhalte: _____

Beginn: (Jahr/Monat) _____

Ende: (Jahr/Monat) _____

Unterrichtsstunden/ECTS: _____

Fortbildungsstätte: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Mail: _____

Legen Sie der Antragstellung bitte eine Bestätigung (original oder beglaubigt) und eine Übersicht der Lehrinhalte und erreichtem Stundenumfang (oder ECTS) bei.

→ Kopieren Sie bei Bedarf diese Seite und legen Sie die entsprechenden Nachweise bei.

Fortbildung 5:

Abschluss (Titel): _____

Inhalte: _____

Beginn: (Jahr/Monat) _____

Ende: (Jahr/Monat) _____

Unterrichtsstunden/ETCTS: _____

Fortbildungsstätte: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Mail: _____

Legen Sie der Antragstellung bitte eine Bestätigung (original oder beglaubigt) und eine Übersicht der Lehrinhalte und erreichtem Stundenumfang (oder ECTS) bei.

Fortbildung 6:

Abschluss (Titel): _____

Inhalte: _____

Beginn: (Jahr/Monat) _____

Ende: (Jahr/Monat) _____

Unterrichtsstunden/ETCTS: _____

Fortbildungsstätte: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Mail: _____

Legen Sie der Antragstellung bitte eine Bestätigung (original oder beglaubigt) und eine Übersicht der Lehrinhalte und erreichtem Stundenumfang (oder ECTS) bei.

→ Kopieren Sie bei Bedarf diese Seite und legen Sie die entsprechenden Nachweise bei.

Selbstreflexion/Selbsterfahrung in der Gruppe

Führen Sie hier bitte die zur Anerkennung notwendigen Stunden an Selbstreflexion bzw. Selbsterfahrung auf. Das ECCSW fordert 50 Stunden, diese können als Bestandteil der zuvor aufgeführten Fort-/Weiterbildungen anteilig anerkannt werden oder durch Coaching, Selbsterfahrung, Eigenberatung/-therapie im Berufskontext. Sie können auch durch Einzelsupervision den geforderten Stundenumfang anteilig abdecken – bitte beachten Sie jedoch, dass es dann einer Bestätigung des Supervisors über einen nennenswerten Anteil personenbezogener Selbstreflexion bedarf.

Die aufgeführten Punkte werden durch das ECCSW geprüft, ggf. werden Auflagen für eine gezielte Ergänzung (Nachqualifikation) gemacht.

Selbstreflexion/Selbsterfahrung 1:

Bezeichnung: _____

Inhalte: _____

Beginn: (Jahr/Monat) _____

Ende: (Jahr/Monat) _____

Stundenzahl: _____

Fortbildungsstätte: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Mail: _____

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

Selbstreflexion/Selbsterfahrung 2:

Bezeichnung: _____

Inhalte: _____

Beginn: (Jahr/Monat) _____

Ende: (Jahr/Monat) _____

Stundenzahl: _____

Fortbildungsstätte: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Mail: _____

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

Selbstreflexion/Selbsterfahrung 3:

Bezeichnung: _____

Inhalte: _____

Beginn: (Jahr/Monat) _____

Ende: (Jahr/Monat) _____

Stundenzahl: _____

Fortbildungsstätte: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Mail: _____

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

Selbstreflexion/Selbsterfahrung 4:

Bezeichnung: _____

Inhalte: _____

Beginn: (Jahr/Monat) _____

Ende: (Jahr/Monat) _____

Stundenzahl: _____

Fortbildungsstätte: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Mail: _____

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

→ Kopieren Sie bei Bedarf diese Seite und legen Sie die entsprechenden Nachweise bei.

Empfehlungsschreiben

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

Ich verfüge über mindestens 5 Jahre Berufserfahrung in professioneller Sozialarbeit und empfehle dem ECCSW die Kandidatin/den Kandidaten

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 vom ECCSW 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 die Kandidatin/den Kandidaten in ihrer/ seiner professionellen Arbeit?	_____
Eigener Studienabschluss:	_____
Abschlussjahr:	_____
Hochschule:	_____
Ggf. eigene Fort- und Weiterbildungen	_____



Führungszeugnis

- Ich habe das Führungszeugnis dem Antrag beigelegt
- Ich habe das Führungszeugnis beantragt und werde es umgehend nachreichen
- Ich werde das Führungszeugnis beantragen und umgehend nachreichen

Re-Zertifizierung

Mir ist bekannt, dass ab der erfolgreichen Zertifizierung durch die Zertifizierungsstelle des ECCSW eine Re-Zertifizierung **nach 5 Jahren verpflichtend** ist, um die Berechtigung zur Führung der Anerkennung/Zertifizierung beibehalten zu können.

Die Re-Zertifizierung dient der Sicherstellung und Erweiterung meines fachwissenschaftlich erworbenen Wissens. Sie weist und sichert, durch kontinuierliche Reflexion und Supervision meiner eigenen beruflichen Tätigkeit, eine qualitativ hochwertige und unter sozial-klinischen Gesichtspunkten ausgestaltete Fachlichkeit aus.

Berufsethische Prinzipien

Die berufsethischen Prinzipien des ECCSW lehnen sich an den *Code of Ethics* der *Clinical Social Work Federation* (<http://www.clinicalsocialworkassociation.org>) an. Jede(r) Zertifikatsinhaber/-in verpflichtet sich vor Aushändigung des Zertifikates per Unterschrift zur Einhaltung der berufsethischen Forderungen. Die berufsethischen Prinzipien rufen Sie auf unter <http://www.eccsw.eu/zertifizierung.pebble.html#Antrag>

Erklärung

Ich bestätige, dass ich die berufsethischen Prinzipien vom ECCSW in schriftlicher Form erhalten habe. Ich habe sie gelesen und erkenne sie an. Ich akzeptiere, dass ich bei nachgewiesenen bedeutsamen Verstößen gegen die Ethikrichtlinien das Zertifikat an das ECCSW zurückgeben muss und den Titel „Fachsozialarbeiter für Klinische Sozialarbeit/Fachsozialarbeiterin für Klinische Sozialarbeit - Clinical Social Worker (CSW-ECCSW)“ nicht mehr führen darf.

Ort, Datum

Unterschrift

Kosten

Die Zertifizierung ist kostenfrei, setzt aber eine Mitgliedschaft im European Centre for Clinical Social Work e.V. voraus. Die Unterlagen für die Mitgliedschaft rufen Sie auf unter <http://www.eccsw.eu/mitgliedschaft.pebble.html>

Bitte senden Sie den Antrag (achten Sie bitte auf alle benötigten Angaben und Nachweise) an unsere Zertifizierungsstelle:

European Centre for Clinical Social Work e.V.

Zertifizierungsstelle

**Dario Deloie
c/o Technische Hochschule Köln
Gustav-Heinemann-Ufer 54**

D-50968 Köln

Zum Abschluss möchten wir Sie höflichst bitten, sich ein wenig Zeit zu nehmen, um an unsere Umfrage teilzunehmen. Für evaluative Zwecke möchten wir gerne von Ihnen erfahren, wie Sie von der Anerkennung durch das ECCSW erfahren haben?

- Vortrag/Präsentation
Flyer
Internet
Kollege/n



Kongress/Tagung
Anzeige in (Name der Zeitung/Zeitschrift) Ausgabe:.....
sonstige Quellen