

European Centre for Clinical Social Work - Antragsformular zur Anerkennung als „Fachsozialarbeiter:in für Klinische Sozialarbeit (FS-ECCSW)/Clinical Social Worker (CSW-ECCSW)“

Stand: 20.12.2022

Persönliche Daten

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße & Nummer: _____
PLZ & Stadt: _____
Telefonische Erreichbarkeit: _____
E-Mail: _____

Derzeitige Arbeitsstelle

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

Studienabschluss

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

Weitere Studienabschlüsse (auch Aufbaustudiengänge an Hochschulen)

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

Bitte fügen Sie dem Antrag für die Zertifizierung relevante Nachweise bei (bspw. Urkunde, weitere Informationen zu Studieninhalten).

Praxiserfahrung Klinische Sozialarbeit – Postgradual

Praktische Klinische Sozialarbeit wird vom ECCSW in der Bedeutung unmittelbarer Arbeit an und mit betroffenen Menschen: Klient:innen, Patient:innen, 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 Menschen mit Beeinträchtigungen 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

Der 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	_____

Fügen Sie dem Antrag bitte entsprechende Nachweise bei (Zeugnisse, Bestätigungen).

Praxiserfahrung B

Einrichtung: _____

Straße & Nummer: _____

PLZ & Stadt: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Beschäftigungsbeginn: (Jahr/Monat) _____

Beschäftigungsende: (Jahr/Monat) _____

Anzahl Monate der Beschäftigung: _____

Ausgeführte Tätigkeiten _____

Fügen Sie dem Antrag bitte entsprechende Nachweise bei (Zeugnisse, Bestätigungen).

Praxiserfahrung C

Einrichtung: _____

Straße & Nummer: _____

PLZ & Stadt: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Beschäftigungsbeginn: (Jahr/Monat) _____

Beschäftigungsende: (Jahr/Monat) _____

Anzahl Monate der Beschäftigung: _____

Ausgeführte Tätigkeiten _____

Fügen Sie dem Antrag bitte entsprechende Nachweise bei (Zeugnisse, Bestätigungen).

→ 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. Der 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:der Supervisor:in über einen nennenswerten Anteil personenbezogener Selbstreflexion bedarf. Die aufgeführten Punkte werden durch den 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:	_____

Fügen Sie dem Antrag bitte entsprechende Nachweise bei (Bestätigungen, Zertifikate).

Selbstreflexion/Selbsterfahrung 2

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

Fügen Sie dem Antrag bitte entsprechende Nachweise bei (Bestätigungen, Zertifikate).

Selbstreflexion/Selbsterfahrung 3

Bezeichnung: _____

Inhalte: _____

Beginn: (Jahr/Monat) _____

Ende: (Jahr/Monat) _____

Stundenzahl: _____

Fortbildungsstätte: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Mail: _____

Fügen Sie dem Antrag bitte entsprechende Nachweise bei (Bestätigungen, Zertifikate).

Selbstreflexion/Selbsterfahrung 4

Bezeichnung: _____

Inhalte: _____

Beginn: (Jahr/Monat) _____

Ende: (Jahr/Monat) _____

Stundenzahl: _____

Fortbildungsstätte: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Mail: _____

Fügen Sie dem Antrag bitte entsprechende Nachweise bei (Bestätigungen, Zertifikate).

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

Kosten

Ich habe die Gebühr von 120,00 EUR zur Zertifizierung als „Fachsozialarbeiter:in für Klinische Sozialarbeit (FS-ECCSW)/Clinical Social Worker (CSW-ECCSW)“ gleichzeitig mit der Antragstellung auf das untenstehende Konto des ECCSW überwiesen.

ECCSW e.V.
Commerzbank Sonneberg
IBAN: DE56 7834 0091 0876 721200
BIC: COBADEFFXXX

Ich bin Mitglied im ECCSW und daher kostenbefreit.

Kontinuierliche fachliche Weiterentwicklung

Die:Der Träger:in des Zertifikates verpflichtet sich, regelmäßig an Fachtagungen und Weiterbildungen teilzunehmen, um klinischsozialarbeiterische Kompetenzen kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Ort, Datum

Unterschrift

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 Anerkennung ist in Form der Unterschrift der berufsethischen Prinzipien diesem Antrag beizufügen.

Erklärung

Die aktuellen datenschutzrechtlichen Richtlinien des Zertifizierungsverfahrens sind abrufbar auf der Homepage des ECCSW e.V.

Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zum Zwecke der Zertifizierung ein. Ein Widerruf ist an keine besondere Form gebunden und richtet sich an den Vorstand (info@eccsw.eu)

- ich stimme der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zum Zwecke der Zertifizierung Forschungsprojekt zu.
- ich stimme der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zum Zwecke der Zertifizierung nicht zu.

Ort, Datum

Unterschrift

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Ich nehme zur Kenntnis, dass im Falle von falschen Angaben die Zertifizierung erlischt.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie den Antrag mit entsprechenden Nachweisen an **info@eccsw.eu**

Folgende Nachweise habe ich beigelegt

- tabellarischer Lebenslauf
- Nachweis über den Hochschulabschluss
- Nachweis über Studienschwerpunkte (Modulhandbuch, Curriculum)
- Nachweis über Masterstudium
- Nachweis über aktuelle Arbeitsstelle
- Nachweis über vorherige Arbeitsstellen
- Nachweis über Supervisionen/Selbsterfahrungen
- Unterschriebene Erklärung zur Anerkennung berufsethischer Prinzipien ECCSW