

Antrag auf Registrierung als ungebundener Helfer im Katastrophenschutz

1. PERSONALIEN

Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon, Mobil

Geburtsdatum, Geschlecht, E-Mail-Adresse

2. SCHUL- ODER BERUFSVERHÄLTNIS

Name der Schule / des Arbeitgebers

Beruf(-sausbildung) / Voraussichtliches Berufsziel

3. VEREINE / ORGANISATIONEN

Ich bin aktives Mitglied in folgenden Vereinen/ Organisationen:

4. GESUNDHEIT UND KÖRPERLICHE EINSCHRÄNKUNGEN

Ich bin (zutreffendes bitte ankreuzen:)

Schwimmer

Nichtschwimmer

Ich bin bei folgender Krankenversicherung versichert:

Folgende Krankheiten, Behinderungen, Beschwerden und Allergien (auch Arzneimittelunverträglichkeiten) sind bekannt:

Impfschutz:

Ich bin geimpft gegen (zutreffendes bitte ankreuzen):

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Hepatitis A |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Cholera |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> FSME |
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Mumps |
| <input type="checkbox"/> Röteln | |

5. WEITERE QUALIFIKATIONEN

Ich verfüge über folgende Führerscheinklasse(n) (Bitte Kopie des Führerscheins beiliegen):

- | | | | | | | | |
|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> A1 | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C1 | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D1 | <input type="checkbox"/> D | |
| <input type="checkbox"/> BE | <input type="checkbox"/> C1E | <input type="checkbox"/> CE | <input type="checkbox"/> D1E | <input type="checkbox"/> DE | <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> L | <input type="checkbox"/> T |

Ich verfüge über eine Qualifikation zur Führung von Sonderfahrzeugen (Bagger, Kran, Lader, etc.)

Ja, welche _____

Ich besitze folgende weitere(n) Qualifikation(en) (bspw. Facharzt, Sozialarbeiter, Ingenieur, Informatiker, auch aktuelle Erste-Hilfe-Ausbildung, etc.)

6. BILDRECHTE UND DATENSCHUTZ (bei Zustimmung bitte ankreuzen)

- Mit der Anmeldung erkläre ich mich grundsätzlich damit einverstanden, dass Einsätze zu denen ich herangezogen werde, dokumentiert werden und die angefertigten Fotos, Filme oder sonstiges Material auf verantwortungsvolle Art und Weise veröffentlicht und verwertet werden. Ein Vergütungsanspruch entsteht dadurch nicht. Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten von der Stadt Weiden i.d.OPf. zu folgendem Zweck erhoben, verarbeitet und genutzt und zu den folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt werden:
- Sicherstellung der Erreichbarkeit und Alarmierung im Rahmen von Großschadensereignissen

und/oder Katastrophenfällen

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die im Rahmen des vorstehend genannten Zwecks erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des Bayerischen Datenschutzgesetzes (BayDSG), erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.

Ich bin zudem darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt.

Meine personenbezogenen Daten werden gem. Art. 12 Abs. 1 BayDSG gelöscht, wenn sie für den o.g. Zweck nicht mehr erforderlich sind, z.B. bei Mitteilung, dass eine Registrierung als ungebundener Helfer nicht weiter gewünscht ist.

Die Datenerhebung erfolgt auf Grund von Art. 3 Abs. 1 Bayerisches Katastrophenschutzgesetz.

7. ERKLÄRUNG / VERPFLICHTUNG

von Antragsteller/in

Ich bin	<input type="checkbox"/>	nicht vorbestraft.
	<input type="checkbox"/>	wegen folgender Straftaten rechtskräftig verurteilt:
Ich bin	<input type="checkbox"/>	nicht Mitglied in einem Verein, der unanfechtbar verboten wurde oder der einem unanfechtbaren Betätigungsverbot unterliegt.
	<input type="checkbox"/>	nicht Mitglied in einer Partei, deren Verfassungswidrigkeit das Bundesverfassungsgericht festgestellt hat.
	<input type="checkbox"/>	nicht innerhalb der letzten fünf Jahre mehr als einmal wegen Gewalttätigkeit mit richterlicher Genehmigung in polizeilichem Präventivgewahrsam gewesen.
Ich bin	<input type="checkbox"/>	nicht in meiner Geschäftsfähigkeit beschränkt oder geschäftsunfähig.
	<input type="checkbox"/>	nicht abhängig von Alkohol oder anderen berauschenden Mitteln.
	<input type="checkbox"/>	nicht psychisch krank oder debil.

Ich erkläre, alle Angaben wahrheitsgetreu gemacht zu haben.

Ich verpflichte mich,

- die Einsatzkräfte bei Ihrer Arbeit zu unterstützen und die Weisungen von Vorgesetzten/Einsatzleitern zu befolgen.
- an Einsätzen, zu denen ich herangezogen werde, pünktlich und in vollständiger Dienstkleidung oder falls eine solche nicht erhältlich ist, in angemessener Kleidung, teilzunehmen. Als Ausnahme gelten Urlaub, Krankheit, Schulbesuch, berufliche Verpflichtungen oder dringende persönliche Angelegenheiten.

- in Fällen, in denen ich während eines Einsatzes keinen Dienst im Katastrophenfall leisten kann, die Stadt Weiden i.d.OPf. rechtzeitig und unverzüglich darüber zu informieren.
- die durch die Stadt Weiden i.d.OPf. erhaltene Dienstkleidung sowie Geräte und Fahrzeuge pfleglich zu behandeln, ausschließlich zu den vorgesehenen dienstlichen Zwecken zu benutzen und bei mutwilliger Beschädigung zu ersetzen. Hierfür bin ich haftbar.
- durch kameradschaftliches Verhalten zu einem guten Zusammenhalt unter den ungebundenen Helfern und den eingesetzten Helfern der Hilfsorganisationen beizutragen.
- den jeweils kürzesten Weg von der Wohnung zum Bereitstellungsraum/Sammlungspunkt bzw. umgekehrt zu benutzen, da ansonsten kein Versicherungsschutz seitens der Gemeindeunfallversicherung besteht.
- für den Fall, dass die Stadt Weiden i.d.OPf. aus organisatorischen, personellen oder sonstigen Gründen den Heimweg nicht organisieren kann, diesen selbst zu organisieren.

Mir ist bekannt, dass ich bei Missachtung der einzelnen Punkte dieser Verpflichtung ausgeschlossen werden kann.

Ich habe von der Erklärung/Verpflichtung Kenntnis genommen.

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT ANTRAGSTELLER/IN
