

Vereinbarung zur ehrenamtlichen Mitarbeit bei „Zeit teilen“



Name:..... Vorname:.....
Anschrift:.....
Tel. / Handy:.....
e-mail:.....
Geburtsdatum:.....
Beruf:..... PKW: ja nein
Wann sind Sie am besten telefonisch zu erreichen?

Bitte kreuzen Sie an! Es sind auch Mehrfachnennungen möglich.
Für welche Art von Tätigkeit interessieren Sie sich?

- Vorlesedienst (Zeitung, Bücher, Briefe..)
- Spazieren gehen
- Gespräche
- Spiele, Singen etc.
- Begleitung zur Kirche o. Friedhof
- Begleitung zum Arzt o. Apotheke
- Begleitung zu Ämtern
- Begleitung zum Einkaufen
-(eigene Vorschläge)

Haben Sie besondere Sprachkenntnisse?

Haben Sie besondere Wünsche hinsichtlich des Personenkreises, dem Sie helfen möchten (z.B. Alter, Geschlecht, gesundheitliche Einschränkungen) bzw. welche Personengruppe kommt nicht in Frage?

.....
Wie viel Zeit möchten Sie in Ihre ehrenamtliche Tätigkeit investieren?

- Regelmäßig Unregelmäßig
- Wöchentlich ca.Std. Monatlich ca.Std.

Bemerkungen:

Wie lange vorher müssten Sie Ihren Einsatz planen?

Einsatzgebiet:

- eigene Pfarrgemeinde Name Ihrer Pfarrgemeinde:
- gesamtes Stadtgebiet Dillingen auch außerhalb von Dillingen

Beginn der ehrenamtlichen Tätigkeit am:

Mit Aufnahme der ehrenamtlichen Tätigkeit beantrage ich gleichzeitig die Aufnahme als Mitglied des Caritasverbandes: ja nein

Datenschutzhinweis

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns sehr wichtig. Für den Caritasverband Dillingen gilt für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten das Gesetz über den Kirchlichen Datenschutz (KDG) sowie die sonstigen anzuwendenden kirchlichen und staatlichen Datenschutzvorschriften.

Bitte beachten Sie das beiliegende Informationsblatt gemäß §15 (KDG)

Einwilligung in die Datenverarbeitung

Ich willige in die Verarbeitung der oben erhobenen Daten zum Zweck der Mitgliederverwaltung und Vermittlung im Rahmen der Nachbarschaftshilfe ein. Diese Einwilligung erfolgt freiwillig und kann jederzeit, ohne Angabe von Gründen, für die Zukunft widerrufen werden.

.....
Datum, Unterschrift

Verschwiegenheitsverpflichtung

Ich bewahre Stillschweigen über sämtliche Daten wie Namen, Wohnort, Vermögensverhältnisse, Gesundheitsangaben, etc., die mir während des Kontaktes zu den Klienten der Nachbarschaftshilfe und den an diesem Projekt beteiligten Personen bekannt werden.

Ich verpflichte mich, auch nach Beendigung meiner Tätigkeit in dem Nachbarschaftshilfe Projekt „Zeit teilen“ diese Vereinbarung einzuhalten.

Durch Unterzeichnung dieser Vereinbarung bestätige ich, dass ich die oben aufgeführte Richtlinie zur Kenntnis genommen habe und diese anerkenne.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift