

Antrag auf Gewährung berufsfördernder Maßnahmen im Rahmen der beruflichen Rehabilitation

An das

Karrierecenter der Bundeswehr

-Berufsförderungsdienst-

1 Angaben zur Person

1.1 Name, Vorname		Personenkennziffer	
1.2 Einheit/Dienststelle, Standort		Bw-Fernwahl	Apparat
1.3 Privatanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)		Telefon / E-Mail [Angabe freiwillig]	
1.4 Status <input type="checkbox"/> Berufssoldat/ Berufssoldatin <input type="checkbox"/> BO 41 <input type="checkbox"/> Soldat auf Zeit/ Soldatin auf Zeit <input type="checkbox"/> Freiwilligen Wehrdienst Leistender			
1.5 Dauer der Wehrdienstzeit Jahre Monat(e)		1.6 Dienstzeitende am (Datum)	

2 Einwilligung in die Datenverarbeitung

Ich willige in die Erhebung, Speicherung und Nutzung der Angaben zu meiner Festnetznummer und/oder Mobilfunknummer und/oder E-Mail-Adresse zum Zwecke der Erreichbarkeit im Rahmen der Antragsbearbeitung sowie zur Durchführung der damit einhergehenden Maßnahmen ein. Diese Angaben dürfen von allen im Berufsförderungsdienst beteiligten Stellen genutzt werden.

Nein Ja

Datum Unterschrift(Vorname, Name)

Eine Verweigerung der Einwilligung bzw. das Unterlassen der Bekanntgabe dieser Daten hat keinen nachteiligen Einfluss auf das Verfahren. Eine Erreichbarkeit über die postalische Adresse ist gegeben; bei Verweigerung der Einwilligung wird auf diese zurückgegriffen. Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:

Karrierecenter der Bundeswehr – Berufsförderungsdienst (Straße, PLZ, Ort)

3 Antrag und Erklärung

Ich beantrage die Gewährung von berufsfördernden Rehabilitationsmaßnahmen und bitte, diesen Antrag auch an den zuständigen Träger berufsfördernder Maßnahmen weiterzuleiten.

Gleichzeitig beantrage ich die Entbindung von der Pflicht zur militärischen Dienstleistung für die Teilnahme an entsprechenden Maßnahmen während der Wehrdienstzeit.

Dem **Karrierecenter der Bundeswehr -Berufsförderungsdienst-** sowie den **künftigen Rehabilitationsträgern** erteile ich nach § 67b Sozialgesetzbuch X die Genehmigung zur Einsichtnahme in die mit meiner Gesundheitsstörung zusammenhängenden Unterlagen und zur Teilnahme an Beratungsgesprächen im Zusammenhang mit dem Verfahren der beruflichen Rehabilitation.

Gleichzeitig entbinde ich **alle behandelnden Ärzte** von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Berufsförderungsdienst und den künftigen Rehabilitationsträgern.

Datum

Unterschrift

