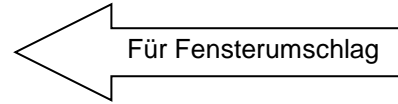


Kreuzbund  
Diözesanverband Mainz e.V.  
Ausschuss Aus- und Weiterbildung  
Rolf Thunich  
Wilhelmstr. 62

55411 Bingen



**Anmeldeschluss:  
15. April 2017**



**Anmeldung zur „Qualifizierten Weiterbildung für Ehrenamtliche in der Suchtkrankenhilfe“ des Kreuzbund Diözesanverbandes Mainz e.V. in den Jahren 2017/2018 (Staffel 11)**

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Teilnahme in der elften Seminarreihe der qualifizierten Weiterbildungsmaßnahme der Jahre 2017/2018 an.

Mir ist bekannt, dass

- ein Auswahlverfahren stattfindet, falls mehr Anmeldungen eingehen, als Plätze zur Verfügung stehen.
- entstehende Kosten durch Nichtteilnahme in Rechnung gestellt werden.
- erst durch Teilnahme **an allen** Blockseminaren die Voraussetzungen zur Erlangung des Zertifikates dieser Ausbildung erfüllt sind.
- die Teilnahme pro Blockseminar von Freitag 9.00 Uhr bis einschl. Sonntag 13.00 Uhr vorausgesetzt wird.

**Angaben zur Person**

Name	Vorname
PLZ/ Wohnort	Straße
Geb. Datum	Beruf
Fam. Stand	Kinder
Telefon	Fax
Handy	E-Mail

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

JA  Nein

Mitglied im Kreuzbund

Als  Betroffene/r  Mitbetroffene/r

Welche Kreuzbundgruppe?

Seit wann? Evtl. Funktionen?

JA  Nein

Erfahrungen mit sonstigen Suchtselbsthilfeverbänden?

Welcher Verband (z.B. AA, Blaues Kreuz, Guttempler ...?)

JA  Nein

Eigene Erfahrungen mit Suchtformen?

Welche Suchtformen (Alkohol, Drogen, Medikamente)

Als  Betroffener  Mitbetroffener

Wenn Betroffener: Seit wann Abstinenz (TT,MM,JJJJ?)

JA  Nein

Erfahrungen mit der stationären Suchthilfe?

Welche Einrichtung oder Klinik?

JA  Nein

Erfahrungen mit der betrieblichen Suchthilfe?

Ausgeübte Tätigkeit (Suchthelfer, Personalrat ...)?

Teilnehmende mit betrieblichem Auftrag: Bitte geben Sie Ihre Firma an.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten den anderen Teilnehmenden zur Kenntnis gegeben werden. Ferner, dass während der Veranstaltung Bilder zur Einstellung ins Internet oder für andere Publikationen gemacht werden (keine Einzelfotos).

Hinweis: Selbstverständlich werden alle Ihre Daten gemäß den Datenschutzbestimmungen vertraulich behandelt.

JA  Nein

Ich erkläre meine Bereitschaft

- zur kontinuierlichen Teilnahme an allen Ausbildungseinheiten
- das Erlernte als Multiplikator/Multiplikatorin weiterzugeben

Ich kann mir nach Abschluss der Ausbildung eine Zusammenarbeit vorstellen:

in der Suchtkrankenselbsthilfe in \_\_\_\_\_

im Lotsenprojekt \_\_\_\_\_

als betriebliche/r Suchthelfer/-in der Firma \_\_\_\_\_

**Aus folgenden Gründen möchte ich an der Suchthelferausbildung teilnehmen:**

.....

(Datum, Unterschrift des/der Antragstellenden)

**Stellungnahme der Gruppenleitung:**

- Antrag wird befürwortet
- Antrag wird nicht befürwortet
- Ausbildung zu einem späteren Zeitpunkt empfohlen

Kurze Begründung:

.....  
(Datum, Unterschrift der Gruppenleitung)

**Gesehen und genehmigt durch geschäftsführenden Vorstand KB DV Mainz:**

.....  
(Datum, Unterschrift)