

Beantragung PSNV-Karte

Wir beantragen die Erstaussstellung Änderung Verlängerung
der PSNV-Karte Schleswig-Holstein für folgende Einsatzkraft:

- Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen -

Name: **Geburtsdatum:**

Vorname: **Kartenummer:**
(sofern vorhanden)

Gültig bis:

Adresse:

PSNV-Ausbildungen (gemäß gültigen Qualitätsstandards) **und PSNV-Fortbildungen** (mind. 2 Tage bzw. 16 UE á 45 Minuten in zwei Jahren pro Funktion). Belege sind beizufügen.

Funktion	Neu	Datum Abschluss*	Datum letzte Fortbildungen
PSNV-B	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PSNV-E	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Psychosoziale Fachkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	-----

* nur bei Erst-Antrag

PSNV-Führungsausbildungen (gemäß gültigen Qualitätsstandards) **und PSNV-Führungsfortbildungen** (mind. 2 Tage bzw. 16 UE á 45 Minuten in zwei Jahren pro Funktion) sowie Ernennung durch den Kreis/die Stadt.

Belege sind beizufügen.

Funktion	Neu	Datum Abschluss*	Datum letzte Fortbildungen	Ernennung durch/am
PSNV-Führungsassistenz	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PSNV-Leitung	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PSNV-Fachberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* nur bei Erst-Antrag

Bei Wegfall einer Funktion bitte „Neu“ ankreuzen und diese händisch durchstreichen.

Erklärung der Einsatzkraft

Hiermit erkläre ich, dass ich

- bereit und in der Lage bin, im aktiven Einsatzdienst der PSNV mitzuwirken,
- die vom Land vorgegebenen Qualitätsstandards erfülle und einhalte,
- in und nach allen Einsätzen auf meine Sicherheit und Gesundheit achte,
- die zugehörige Datenschutzerklärung gelesen habe und ihr zustimme.

Datum und Unterschrift der Einsatzkraft:

Erklärung der beantragenden Organisation

Hiermit erklären wir, dass

- wir die vom Land vorgegebenen Qualitätsstandards erfüllen und einhalten,
- wir unsere Fürsorgepflicht für obige Einsatzkraft auch im Bereich PSNV-E wahrnehmen,
- die oben genannte Einsatzkraft persönlich für Einsätze im Bereich PSNV geeignet ist.

Wir setzen die Einsatzkraft in folgendem Bereich ein *(bitte ankreuzen):*

PSNV-B

PSNV-E

Ein weiterer Antrag für die PSNV-Karte wurde zeitgleich bei einer anderen Organisation gestellt

Nein

Ja bei

Name Unterzeichner/in:

Ort, Datum:

Unterschrift, Dienstsiegel:

Name Vertreterin/Vertreter Landeskonferenz:

Ort, Datum:

Unterschrift:

Datum Eingang LZS PSKM:

Karte erstellt

ja nein , weil

Funktion(en) gültig bis

Stand: 08/2024