

Vorschlag als Missionar im Kirchendienst

Wichtig: Bitte alle Angaben eingeben oder in Druckbuchstaben eintragen. Nachdem mit dem Verantwortlichen der Abteilung oder der Organisation, wo der Betreffende gern tätig werden möchte, geklärt wurde, welcher Bedarf an Aufgaben besteht und welche Pflichten damit verbunden sind, füllt der Missionsanwärter dieses Formular bis zum Feld für seine Unterschrift auf Seite 2 aus und reicht es an den Bischof weiter. Der Bischof füllt seinen Abschnitt aus und leitet das Formular an den Pfahlpräsidenten weiter, der seinen Abschnitt ausfüllt und dann das Formular per Post oder Fax an die Koordinatoren für Missionare im Kirchendienst schickt. Falls Sie Fragen haben, wählen Sie (001) 801-240-4914.

Angaben zur Person

Name (Familiename, Vornamen)			Mitgliedsschein-Nummer
Privatadresse (Straße und Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Land)			LDS-Account-Benutzername
Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Familienstand <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> alleinstehend	Alter der Unterhaltsberechtigten im selben Haushalt
Telefon privat (mit Vorwahl)	Mobiltelefon (mit Vorwahl)	E-Mail-Adresse	
Name desjenigen, der im Notfall zu verständigen ist		Beziehung zum Missionsanwärter	Telefon privat (mit Vorwahl)
Jemals inhaftiert gewesen* <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Jemals wegen einer Straftat verurteilt gewesen* <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

* Falls „ja“, bitte erläutern und Datum der Festnahme sowie Tatvorwurf und Urteil angeben

Angaben zur Verfügbarkeit Bitte vollständig ausfüllen.

Verfügbar ab dem	Wöchentliche Arbeitszeit (mindestens acht Stunden pro Woche)	Dauer der Mission <input type="checkbox"/> 6 Monate <input type="checkbox"/> 12 Monate <input type="checkbox"/> 18 Monate <input type="checkbox"/> 24 Monate <input type="checkbox"/> sonstiger Zeitraum: _____
------------------	--	--

Falls es in Ihrer beruflichen oder familiären Situation etwas gibt, was Ihren Missionsdienst beeinträchtigen könnte, oder Sie häufig verreisen müssen, bitte hier erläutern.

Gewünschte Aufgabe Bitte vollständig ausfüllen.

Name des leitenden Mitarbeiters, mit dem gesprochen wurde	Name der Abteilung oder Organisation
Bezeichnung der Aufgabe	

Qualifikationen und Kenntnisse

Schulbildung <input type="checkbox"/> Schulabschluss <input type="checkbox"/> Berufs- oder Hochschulabschluss	Beruf oder Studienfach	Abschlüsse
Muttersprache	Fremdsprachenkenntnisse Sprechen <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> durchschnittlich <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> durchschnittlich <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> durchschnittlich	Lesen <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> durchschnittlich <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> durchschnittlich <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> durchschnittlich
Tastschreibkenntnisse <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anschl./Min.: _____	PC-Kenntnisse (Textverarbeitung, Tabellenkalkulation, Präsentationsprogramme usw.)	
Sie sind bereit, sich PC-Kenntnisse anzueignen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Interessen, berufliche Fertigkeiten, Fähigkeiten, Hobbys	

Beruflicher Werdegang Führen Sie die Arbeitgeber und Ihre Tätigkeit auf (bei Bedarf auf einem gesonderten Blatt). Falls Sie schon einmal bei der Kirche angestellt waren, geben Sie die Personalnummer an.

Kirchenbezogene Angaben

Frühere Ämter in der Kirche		
Derzeitige Berufung(en) in der Kirche		
Zurückgekehrter Missionar <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Missionsdienst (mit Datumsangaben) Vom _____ bis zum _____	Name der Mission
Weitere Missionen, die Sie erfüllt haben		



Vorschlag als Missionar im Kirchendienst

Name (Familiename, Vornamen)

Angaben zum Gesundheitszustand

Gesamtkonstitution <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> durchschnittlich <input type="checkbox"/> schlecht	Sehvermögen <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> durchschnittlich <input type="checkbox"/> schlecht	Derzeit krankenversichert (falls ja, bitte Krankenversicherung und Krankenversicherungsnummer angeben) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	--	---

- | | | |
|---|--|---|
| 1. Sind bei Ihnen jemals folgende gesundheitliche Probleme aufgetreten: | | 2. Nehmen Sie derzeit irgendwelche Medikamente? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| a) Rückenverletzung oder -beschwerden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | 3. Sind Sie in den letzten fünf Jahren beim Arzt gewesen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| b) Herzleiden oder -beschwerden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | 4. Haben oder hatten Sie je körperliche oder medizinische Einschränkungen oder Behinderungen – dazu zählen auch psychische oder seelische Störungen –, die bei der Beurteilung Ihrer Eignung für eine Tätigkeit bei der Kirche berücksichtigt werden sollten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| c) Epileptische Anfälle, Krämpfe oder Lähmungserscheinungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| d) Schwindel- oder Ohnmachtsanfälle <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| e) Hernie (Eingeweidebruch) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| f) Missbildungen, Amputationen oder körperliche Behinderungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |

Falls Sie eine Frage bejaht haben, erläutern Sie bitte die Einzelheiten (bei Bedarf auf einem gesonderten Blatt):

Einverständniserklärung und Unterschrift des vorgeschlagenen Missionars im Kirchendienst

Ich bin mir darüber im Klaren, dass ich im Falle einer Berufung nicht Arbeitnehmer der Kirche werde und mir in Verbindung mit meiner Tätigkeit kein Anspruch auf finanzielle Vergütung oder Sozialleistungen entsteht und ich nichts dergleichen erhalte. Mir ist auch bewusst, dass die Kirche Missionare im Kirchendienst nicht krankenversichert und auch nicht für die Kosten der Anfahrt zum Arbeitsort und der Fahrt nach Hause aufkommt. Ich verstehe, dass ich ganz allein für meine medizinischen Ausgaben verantwortlich bin, worunter auch Aufwendungen für zahnmedizinische und augenärztliche Versorgung sowie für verschreibungspflichtige Medikamente fallen.

Hiermit ermächtige ich das Büro für Missionare im Kirchendienst, die obigen Angaben zu medizinischen Fragen den Verantwortlichen der Abteilung, in der ich im Falle einer Berufung tätig werde, mitzuteilen.

Darüber hinaus ermächtige ich die Kirche Jesu Christi der Heiligen der Letzten Tage, in Übereinstimmung mit den Richtlinien der Kirche für die Dokumentenverwaltung und den Datenschutz die Angaben zu meiner Person – auch mit diesem Formular erfasste Daten, die in meine Privatsphäre fallen – zu sammeln, zu verarbeiten und in andere Länder weiterzuleiten, wie es für kirchliche Zwecke erforderlich ist.

Unterschrift des Missionars (erforderlich)	Datum
--	-------

Befürwortung und Unterschrift des Bischofs oder Zweigpräsidenten Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass der Anwärter tempelwürdig und dazu in der Lage und fähig ist, eine Mission im Kirchendienst zu erfüllen.

Anmerkungen

Name des Bischofs oder Zweigpräsidenten in Druckbuchstaben (erforderlich)	Gemeinde/Zweig	Einheit-Nummer
Unterschrift des Bischofs/Zweigpräsidenten (erforderlich)		Datum

Privatadresse (Straße und Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Land)

Telefon privat (mit Vorwahl)	Telefon am Arbeitsplatz (mit Vorwahl)	Mobiltelefon (mit Vorwahl)	E-Mail-Adresse
------------------------------	---------------------------------------	----------------------------	----------------

Befürwortung und Unterschrift des Pfahl- oder Missionspräsidenten Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass der Anwärter tempelwürdig und dazu in der Lage und fähig ist, eine Mission im Kirchendienst zu erfüllen.

Anmerkungen

Name des Pfahl-/Missionspräsidenten in Druckbuchstaben (erforderlich)	Pfahl/Mission	Einheit-Nummer
Unterschrift des Pfahl-/Missionspräsidenten (erforderlich)		Datum

Privatadresse (Straße und Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Land)

Telefon privat (mit Vorwahl)	Telefon am Arbeitsplatz (mit Vorwahl)	Mobiltelefon (mit Vorwahl)	E-Mail-Adresse
------------------------------	---------------------------------------	----------------------------	----------------