

ERKLÄRUNG DER PFLEGESTELLENBEWERBER ZU IHRER GESUNDHEIT

Ich versichere hiermit nach bestem Wissen und Gewissen, dass weder ich noch ein in meinem Haushalt lebender Angehöriger an einer

- chronischen oder lebensverkürzenden Erkrankung
- psychischen Erkrankung
- Suchtkrankheit oder
- ansteckenden Krankheit

leide/t.

Sollte eine dieser oben genannten Erkrankungen eintreten oder sonstige Umstände das Leben oder die Gesundheit meines Pflegekindes gefährden, so verpflichte ich mich hiermit ausdrücklich, dies dem Amt für Soziale Arbeit Wiesbaden unverzüglich mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschriften der Antragsteller