

Antrag auf

Listen-Nr.:

- Erteilung Verlängerung der Geltungsdauer
 Ersatz Erweiterung innerhalb der Geltungsdauer
 einer Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung (FEzFG)

Geburtsdatum Geburtsname bei Abweichung: Familienname Vorname Geburtsort Staatsangehörigkeit Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort	Eing.: KBA Geb. FZ
---	-----------------------------

Die Erhebung personenbezogener Daten erfolgt gem. des StVG, der FeV i.V.m. der 2. BZRVwV und dem VwVfG NW.

Es soll die FEzFG mit / die Geltungsdauer der FEzFG mit

- Taxen Mietwagen im Rahmen des Zivildienstes
 Mietwagen Mietwagen für Schüler- und Behindertentransfer
 Krankenkraftwagen
 Personenkraftwagen im Linienverkehr (§§ 42 u. 43 PBefG)
 Personenkraftwagen bei gewerbsmäßigen Ausflugsfahrten oder Ferienziel-Reisen (§ 48 PBefG)

Hinweis: Für D-Klassen (ehem. KOM) bitte gesonderten Vordruck verwenden.

erworben / verlängert werden.

Räumlicher Geltungsbereich / Sitz des Unternehmens: _____

Hinweis:

Wurde der Führerschein bis zum 31.12.98 erworben, ist gleichzeitig dessen Umtausch in den neuen Kartenführerschein zu beantragen.

Angaben über den Gesundheitszustand: Liegen gesundheitliche Beeinträchtigungen vor? nein ja
 Wenn "ja", bitte Seite 12 beachten.

Anlagen:

- Nachweis, daß der/die Bewerber/in eine EU- oder EWR-Fahrerlaubnis der Klasse B oder eine entsprechende Fahrerlaubnis aus einem in Anlage 11 zur FeV aufgeführten Staat seit mindestens zwei Jahren - bei Beschränkung der Fahrerlaubnis auf Krankenkraftwagen seit mindestens einem Jahr - besitzt oder innerhalb der letzten fünf Jahre besessen hat (§ 48 Abs. 4 Nr. 5 FeV).
 Kopie des bisherigen Führerscheines (Vor- und Rückseite)
 Kopie Personalausweis oder Kopie Paß (nur bei Einreichung des Antrages durch Dritte)
 Führungszeugnis (gem. § 30a BZRG) Führungszeugnis soll durch den Kreis Wesel bestellt werden
 Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung nach Anlage 5 Nr. 1 zur FeV
 Gutachten eines Arbeits- oder Betriebsmediziners nach Anlage 5 Nr. 2 zur FeV bei Erteilung einer Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung oder Verlängerung ab dem 60. Lebensjahr
 Zeugnis oder Gutachten eines Augenarztes nach § 12 Abs. 6 FeV i.V.m. Nr. 2.2 der Anlage 6 zur FeV (und ggf. Übergangsregelung des § 76 Nr. 9 FeV bei Verlängerung) bei Erfordernis einer Eintragung/Streichung einer Sehhilfe -> Antrag auf Auflagenänderung ausfüllen
 Nachweis über die Teilnahme an einer Ausbildung in Erster Hilfe nach § 19 FeV - falls die Erlaubnis für Krankenkraftwagen oder Mietwagen für den Schüler-/Behindertentransfer gelten soll - (§ 48 Abs. 4 Nr. 6 FeV).

Nachweis über die erforderlichen Ortskenntnisse (§ 48 Abs. 4 Nr. 7 FeV):

- a) im Gebiet, in dem Beförderungspflicht besteht - falls die Erlaubnis für Taxen gelten soll -
 b) am Ort des Betriebssitzes, wenn dieser mehr als 50.000 Einwohner hat - falls die Erlaubnis für Mietwagen oder Krankenkraftwagen gelten soll -

Hinweis: Ortskenntnisprüfungen werden durch die Fachvereinigung Personenverkehr (Tel. 0 21 73 / 95 99 - 0) abgenommen.

_____, den _____

*Nichtzutreffendes streichen

 Unterschrift des Antragstellers

 Behörde

 Ort, Datum

An den Landrat des Kreises Wesel - Fachgruppe Fahrzeugführung - Postfach 10 11 60, 46471 Wesel (Hausanschrift: Reeser Landstr. 31, 46483 Wesel).

Die umseitigen Angaben, insbesondere die Personalangaben und Unterschrift, sind geprüft und werden bestätigt.

Der/Die Antragsteller/in ist hier seit (dem) _____ ununterbrochen aufhältig/gemeldet.

Das beigefügte Lichtbild aus neuerer Zeit stellt den/die Antragsteller/in dar. Es sind keine/folgende Tatsachen, die der Erteilung der Fahrerlaubnis entgegenstehen, bekannt: (z. B. Vorstrafen, körperliche Gebrechen usw. - ggf. ausführlichen Bericht auf besonderem Blatt beifügen).

Antragswesen FS 06/2009

Nur bei Verlust

Meine bisherige Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung (FEzFG) ist

- gestohlen worden
- verloren gegangen

Die FEzFG wurde ausgestellt unter den Namen _____

Erklärung:

Über den Verbleib meiner in Verlust geratenen FEzFG ist mir nichts bekannt. Die FEzFG wurde mir nicht entzogen. Die FEzFG ist nicht polizeilich sichergestellt. Auch habe ich meine FEzFG nicht als Pfand oder zur Sicherheit anderen überlassen. Eine weitere FEzFG besitze ich nicht.

Mir ist bekannt dass unrichtige oder unvollständige Angaben die Entziehung der FEzFG und eine Bestrafung nach sich ziehen können. Ich wurde darüber belehrt, das ich die in Verlust geratene FEzFG unverzüglich dem Kreis Wesel zurückgeben muss, falls die verlorene FEzFG wieder aufgefunden wird und in meinen Besitz zurückgelangt.

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Gesundheitsfragebogen

Nach § 26, Absatz 2, Satz 1 u. 2 Verwaltungsverfahrensgesetz NRW (VwVfG NRW) **sollen** Beteiligte bei der Ermittlung des Sachverhaltes mitwirken. Sie **sollen** insbesondere ihnen bekannte Tatsachen und Beweismittel angeben. Bei Bedenken hinsichtlich der gesundheitlichen Kraftfahreignung kann die Vorlage eines ärztlichen Gutachtens gefordert werden (§ 11 Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV)).

Name, Vorname, Geburtsdatum

Erkrankung/Einschränkung

Weitere Angaben zur Erkrankung/Einschränkung, Dauer und Art der Behandlung:

Bewegungsbehinderungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Gliedmaßen fehlen/versteift	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Störung des Seh- oder Hörvermögens	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Herzkrankung/Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Arterielle Hypertonie/Hypotonie	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Krankheiten des Nervensystems	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Störung der Hirntätigkeit/Hirnschäden	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Zustand n. Hirnverletzung oder -operation	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Psychische Störung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Depressionen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Demenz	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Tagesschläfrigkeit	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Schlafapnoe-Syndrom	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Suchterkrankung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Erfolgte Suchtbehandlung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Intellektuelle Leistungseinschränkungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Dauerbehandlung mit Arzneimitteln	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____

Sonstige nicht aufgeführte Erkrankungen/Einschränkungen _____

Einverständniserklärung für die Erhebung und Verarbeitung von Daten nach der Datenschutzgrundverordnung

Zur Bearbeitung Ihres Anliegens erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen die Erhebung und Verarbeitung aller notwendigen personenbezogenen Daten. Dabei handelt es sich insbesondere um Name, Anschrift, Kontaktdaten sowie sonstige notwendige Angaben. Diese Daten werden auf dem Server der zuständigen Stelle gespeichert und können nur von berechtigten Personen eingesehen werden. Für den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten hat der Kreis Wesel alle technischen und organisatorischen Maßnahmen getroffen, um ein hohes Schutzniveau zu schaffen. Dabei wird sich strikt an die Datenschutzgesetze und die sonstigen datenschutzrelevanten Vorschriften gehalten. Ihre Daten werden ausschließlich über sichere Kommunikationswege an die zuständige Stelle übergeben. Darüber hinaus ist für jede weitere Datenerhebung die Zustimmung des Nutzers erforderlich.

Rechte der betroffenen Person: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht.

Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft abzuändern oder gänzlich zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an den Kreis Wesel übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen. Weiterhin können erhobene Daten bei Bedarf korrigiert, gelöscht oder deren Erhebung eingeschränkt werden.

Hiermit versichere ich, der Erhebung und der Verarbeitung meiner Daten zuzustimmen und über meine Rechte belehrt worden zu sein.

_____, den _____
Ort, Datum

Unterschrift Antragstellende Person