

**ANLAGE B**

AN
ANSCHRIFT

# SICHERHEITSERKLÄRUNG

## GEHEIM

<b>1 ANGABEN ZUR PERSON</b>																													
<b>A</b>	Familiename																												
	Vorname(n)						Geschlecht																						
							<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich																						
Frühere Namen																													
<b>B</b>	Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)			Geburtsort			Geburtsstaat																						
	Staatsangehörigkeit				Seit:	Doppelstaatsangehörigkeit			Seit:																				
<b>C</b>	Frühere Staatsangehörigkeit(en)						Bis:																						
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Ledig</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Verheiratet</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Eingetragene Partnerschaft</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Geschieden</td> <td><input type="checkbox"/> Auflösung der eingetragenen Partnerschaft</td> <td><input type="checkbox"/> Auflösung der eingetragenen Partnerschaft durch Tod</td> <td><input type="checkbox"/> Getrennt</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Verwitwet</td> </tr> </table>										<input type="checkbox"/> Ledig	<input type="checkbox"/> Verheiratet	<input type="checkbox"/> Eingetragene Partnerschaft	<input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft	<input type="checkbox"/> Geschieden	<input type="checkbox"/> Auflösung der eingetragenen Partnerschaft	<input type="checkbox"/> Auflösung der eingetragenen Partnerschaft durch Tod	<input type="checkbox"/> Getrennt				<input type="checkbox"/> Verwitwet							
<input type="checkbox"/> Ledig	<input type="checkbox"/> Verheiratet	<input type="checkbox"/> Eingetragene Partnerschaft	<input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft																										
<input type="checkbox"/> Geschieden	<input type="checkbox"/> Auflösung der eingetragenen Partnerschaft	<input type="checkbox"/> Auflösung der eingetragenen Partnerschaft durch Tod	<input type="checkbox"/> Getrennt																										
			<input type="checkbox"/> Verwitwet																										
<b>E</b>	Identitätsdokument (Kopie als Beilage)		Reisepass	Dokumentennummer		Ausstellungsdatum		Ausstellungsbehörde																					
			Personalausweis																										
			Führerschein																										
<b>F</b>	Sozialversicherungsnummer				Versicherungsinstitut(e) (Während der letzten zwölf Monate)																								
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"><b>G</b></td> <td colspan="3">Hauptwohnsitz(e) Während der letzten fünf Jahre (auch Ausland)</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">PLZ</td> <td style="text-align: center;">Ort / Staat</td> <td style="text-align: center;">Straße / Hausnummer</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">Seit:</td> </tr> </table>										<b>G</b>	Hauptwohnsitz(e) Während der letzten fünf Jahre (auch Ausland)										PLZ	Ort / Staat	Straße / Hausnummer					Seit:
<b>G</b>	Hauptwohnsitz(e) Während der letzten fünf Jahre (auch Ausland)																												
	PLZ	Ort / Staat	Straße / Hausnummer					Seit:																					
	Auslandsaufenthalt(e) (von mehr als zwei monatiger Dauer, während der letzten fünf Jahre)	Adresse (Staat / PLZ / Ort / Straße / Hausnummer / Zeitraum)																											

## ANLAGE B

<b>H</b>	<b>Vater</b>			
	Familienname			
	Vorname(n)			
	Frühere Namen			
<b>I</b>	<b>Mutter</b>			
	Familienname			
	Vorname(n)			
	Frühere Namen			
<b>J</b>	<b>Ehegatte(in) / eingetragene(r) Partner(in)</b>			
	Familienname			
	Vorname(n)			Geschlecht
		<input type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> Weiblich	
	Frühere Namen			
	Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)	Geburtsort	Geburtsstaat	
	Staatsangehörigkeit	Seit:	Doppelstaatsangehörigkeit	Seit:
<b>K</b>	<b>Militärdienst</b>			
		<b>Wenn Ja:</b> Welcher Truppenkörper / in welcher Funktion? (Bei Ableistung des Grundwehrdienstes nur Angabe des Truppenkörpers und des Zeitraums)		Von / Bis
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN			
<b>L</b>	<b>Auflistung der beruflichen Tätigkeiten</b> (Während der letzten fünf Jahre – in chronologischer Reihenfolge, beginnend mit der gegenwärtigen)			
	Name (Bezeichnung) / Standort des Unternehmens		Art der Beschäftigung	Von / Bis
	1			
	2			
	3			

**ANLAGE B**

**2 STRAFRECHTLICHE VERFAHREN**

**A** Ist gegen Sie jemals im Inland oder Ausland wegen einer gerichtlich strafbaren Handlung ein Ermittlungsverfahren geführt worden oder ist ein derartiges Verfahren anhängig?  
**Freisprüche, bereits getilgte Verurteilungen sowie eingestellte Verfahren gemäß § 190 StPO (idF nach BGBI. I Nr. 19/2004), § 90 StPO (idF vor BGBI. I Nr. 19/2004) bzw. § 6 JGG sind nicht anzuführen!**

JA  NEIN

Bei welchem Gericht / welcher Staatsanwaltschaft / welcher Polizei?

**Wenn Ja:**

Wegen welchen Deliktes?

Unter welcher Aktenzahl?

**B** Bei abgeschlossenen Verfahren mit welchem Ergebnis?

Verurteilung? Angabe zur Strafe

JA  NEIN

Diversionelle Maßnahmen während der letzten fünf Jahre?

JA  NEIN

Angabe zur Maßnahme  
 (Zahlung eines Geldbetrages, gemeinnützige Leistung, Probezeit oder Tatausgleich)

**C** Ist gegen Sie von einem Strafgericht im In- oder Ausland eine mit Freiheitsentzug verbundene vorbeugende Maßnahme verhängt worden? (Getilgte Maßnahmen sind nicht anzuführen)

Mit Freiheitsentzug verbundene vorbeugende Maßnahme Angabe zur Maßnahme

JA  NEIN

**ANLAGE B**

**3 VERWALTUNGSRECHTLICHE VERFAHREN**

**A** Wurden Sie in den letzten fünf Jahren von einer Verwaltungsbehörde nach den Bestimmungen des Sprengmittelgesetzes 2010 bestraft oder ist gegen Sie ein derartiges Verfahren anhängig?

JA  NEIN

Wenn Ja, von bzw. bei welcher Behörde, nach welchem Delikt und mit welchem Ergebnis?

**B** Wurden Sie in den letzten fünf Jahren von einer Verwaltungsbehörde nach den Bestimmungen des Waffengesetzes 1996 bestraft oder ist gegen Sie ein derartiges Verfahren anhängig?

JA  NEIN

Wenn Ja, von bzw. bei welcher Behörde, nach welchem Delikt und mit welchem Ergebnis?

**C** Besteht gegen Sie ein aufrechtes Waffenverbot?  
(ausgenommen § 5 Absatz 5 Zivildienstgesetz 1986)

JA  NEIN

Wenn Ja, von bzw. bei welcher Behörde wurde es verhängt?

**D** Wurde Ihnen in den letzten fünf Jahren wegen eines der nachstehend angeführten Delikte die Berechtigung zum Lenken eines Fahrzeuges entzogen oder ist ein derartiges Verfahren anhängig?

JA  NEIN

Welches Delikt?

BESONDERS RÜCKSICHTSLOSES VERHALTEN GEGENÜBER ANDEREN VERKEHRSTEILNEHMERN (§ 99 Absatz 2 lit. c StVO) <input type="checkbox"/>	VERWEIGERUNG DES ALKOTESTS (§ 99 Absatz 1 lit. b StVO in Verbindung mit § 5 Absatz 2 StVO) <input type="checkbox"/>	WEIGERUNG ZUR VORFÜHRUNG ZUM POLIZEIAMTSARZT (§ 99 Absatz 1 lit. b StVO in Verbindung mit § 5 Absatz 2 StVO) <input type="checkbox"/>	VERWEIGERUNG DER BLUTABNAHME (§ 99 Absatz 1 lit. c StVO in Verbindung mit § 5 StVO) <input type="checkbox"/>
LENKEN EINES FAHRZEUGES IN EINEM DURCH ALKOHOL BEEINTRÄCHTIGTEN ZUSTAND (§ 99 Absatz 1b StVO in Verbindung mit § 5 Absatz 1 StVO) <input type="checkbox"/>	LENKEN EINES FAHRZEUGES IN EINEM DURCH SUCHTGIFT BEEINTRÄCHTIGTEN ZUSTAND (§ 99 Absatz 1b StVO in Verbindung mit § 5 Absatz 1 StVO) <input type="checkbox"/>		

Von bzw. bei welcher Behörde mit welchem Ergebnis?

## ANLAGE B

<b>E</b>	<p>Wurden Sie in den letzten fünf Jahren wegen einer der nachstehenden Verwaltungsübertretungen bestraft oder ist ein derartiges Verfahren anhängig?</p>
<b>1</b>	<p>Lenken oder Inbetriebnahme eines Fahrzeuges in einem durch Alkohol oder Suchtmittel beeinträchtigten Zustand, Verweigerung der Untersuchung der Atemluft, Verweigerung der Blutabnahme (§ 99 Absatz 1 bis 1b StVO)</p> <p><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN</p> <p><b>Wenn Ja</b>, von bzw. bei welcher Behörde?</p>
<b>2</b>	<p>„Fahrerflucht“ oder ähnlicher Verstoß gegen die Vorschriften bei Verkehrsunfällen (§ 99 Absatz 2 oder Absatz 3 lit. b StVO)</p> <p><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN</p> <p><b>Wenn Ja</b>, von bzw. bei welcher Behörde?</p>
<b>3</b>	<p>Lenken eines Fahrzeuges ohne gültige Lenkberechtigung für die Klasse (§ 37 Absatz 3 FSG)</p> <p><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN</p> <p><b>Wenn Ja</b>, von bzw. bei welcher Behörde?</p>
<b>4</b>	<p>Lenken eines Fahrzeuges obwohl die Lenkberechtigung entzogen wurde (§ 37 Absatz 4 FSG)</p> <p><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN</p> <p><b>Wenn Ja</b>, von welcher Behörde?</p>
<b>5</b>	<p>Verbreitung nationalsozialistischen Gedankengutes im Sinne des Artikel III Absatz 1 Ziffer 4 EGVG, verbotene Verwendung von Symbolen im Sinne des Symbole-Gesetzes (§ 3 Absatz 1 Symbole-Gesetz) oder öffentliches Tragen oder zur Schau Stellen, Darstellen oder Verbreiten von Abzeichen, Uniformen oder Uniformteilen einer in Österreich verbotenen Organisation (§ 3 Absatz 1 Abzeichengesetz 1960)</p> <p><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN</p> <p><b>Wenn Ja</b>, von bzw. bei welcher Behörde?</p>
<b>6</b>	<p>Störung der öffentlichen Ordnung (§ 81 Absatz 1 SPG)</p> <p><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN</p> <p><b>Wenn Ja</b>, von bzw. bei welcher Behörde?</p>
<b>7</b>	<p>Aggressives Verhalten gegenüber Organen der öffentlichen Aufsicht (§ 82 Absatz 1 SPG)</p> <p><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN</p> <p><b>Wenn Ja</b>, von bzw. bei welcher Behörde?</p>
<b>8</b>	<p>Verwaltungsübertretung nach § 84 Absatz 1 oder 1a SPG (insb. Missachtung von Betretungsverboten nach dem SPG, Nichtnachkommen einer Meldepflichtung oder Nichtnachkommen/Störung/Behinderung einer präventiven Belehrung nach dem SPG)</p> <p><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN</p> <p><b>Wenn Ja</b>, von bzw. bei welcher Behörde?</p>

## ANLAGE B

<b>4</b>	<b>BEZIEHUNGEN ZU GEWALTBEREITEN PERSONEN / ORGANISATIONEN</b>				
<b>A</b>	Haben oder hatten Sie Kontakt zu Personen, Gruppen oder Organisationen, die Bereitschaft zu ideologisch oder religiös motivierten Gewalttaten zeigen?				
Ich bitte um ein Gespräch					
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>					
<b>B</b>	Haben oder hatten Sie Kontakt zu Gruppen oder Organisationen, die Bereitschaft zu sonstigen Gewalttaten zeigen?				
Ich bitte um ein Gespräch					
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>					
<b>5</b>	<b>BEZIEHUNGEN ZU NACHRICHTENDIENSTEN (GEHEIMDIENSTEN)</b>				
<b>A</b>	Haben oder hatten Sie wissentlich Kontakt zu ausländischen Nachrichtendiensten (Geheimdiensten)?				
Ich bitte um ein Gespräch					
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>					
<b>Wenn Ja</b> , dienstlich oder auf andere Weise?					
<b>Wenn auf andere Weise</b> , nähere Angaben:					
<b>B</b>	Sind Sie in irgendeiner Form kontaktiert worden, die vermuten lässt, dass durch einen ausländischen Nachrichtendienst eine nachrichtendienstliche Beziehung angeknüpft hätte werden sollen?				
Ich bitte um ein Gespräch					
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>					
<b>6</b>	<b>FINANZIELLE SITUATION</b>				
Wird derzeit oder wurde in den letzten fünf Jahren gegen Sie ein Konkursverfahren, Ausgleichsverfahren, Exekutionsverfahren bzw. Insolvenzverfahren (Schuldenregulierungsverfahren) geführt?					
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>					
<b>Wenn Ja</b> , bei welchem Gericht?					
<b>7</b>	<b>GESUNDHEITLICHE SITUATION</b>				
Standen Sie in den letzten zwölf Monaten oder stehen Sie derzeit wegen Alkoholabhängigkeit oder Suchtmittelabhängigkeit in ärztlicher oder therapeutischer Behandlung?					
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">Alkoholabhängigkeit</td> <td style="width: 50%; border: none;">Suchtmittelabhängigkeit</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> <input type="checkbox"/> JA                      <input type="checkbox"/> NEIN                 </td> <td style="border: none;"> <input type="checkbox"/> JA                      <input type="checkbox"/> NEIN                 </td> </tr> </table>		Alkoholabhängigkeit	Suchtmittelabhängigkeit	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Alkoholabhängigkeit	Suchtmittelabhängigkeit				
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN				
Ich bitte um ein Gespräch					
<input type="checkbox"/>					

## ANLAGE B

**8**

### ERGÄNZENDE ANGABEN

Unter Anführung des Bezugspunktes

## ANLAGE B

### 9 WURDEN SIE BEREITS EINER SICHERHEITSÜBERPRÜFUNG UNTERZOGEN?

JA	NEIN
----	------

Wenn Ja, von welcher Behörde und wann?

### 10 ZUSTIMMUNGSERKLÄRUNG

Ich stimme der Überprüfung vorstehender Angaben sowie der Übermittlung des Überprüfungsergebnisses an die ersuchende Behörde bzw. das ersuchende Unternehmen zu.

Unterschrift / Ort / Datum

**!** ERREICHBARKEIT (Für allfällige Rückfragen: Telefonnummer und E-Mailadresse)

### 11 BESTÄTIGUNG DER RICHTIGKEIT UND VOLLSTÄNDIGKEIT

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Unterschrift / Ort / Datum

### 12 ZUSTIMMUNGSERKLÄRUNG DER/DES ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

Ich stimme der Überprüfung der Angaben meines / meiner minderjährigen Sohnes / Tochter sowie der Übermittlung des Überprüfungsergebnisses an die ersuchende Behörde bzw. das ersuchende Unternehmen zu.

Unterschrift / Ort / Datum