



DEPARTMENT OF THE ARMY
UNITED STATES ARMY GARRISON BAVARIA
UNIT 28130
APO AE 09114-8130

IMBA-HRS

JUL 14 2016

MEMORANDUM FOR All USAG Bavaria Civilian Employees

SUBJECT: USAG Bavaria Policy Letter #23; Civilian Wellness and Fitness Program

1. References:

- a. AR 600-63, Army Health Promotion.
- b. IMCOM Command Policy #17, Civilian Wellness.
- c. Civilian Personnel Fitness Program, <http://cpol.army.mil/library/permis/593.html>

2. The civilian employees are the human backbone and infrastructure of this Garrison, responsible for providing Soldiers and their families with a quality of life commensurate with the quality of their service. The civilian wellness and fitness program encourages civilian employees to reach a state of good physical, mental, and emotional health by providing them with the resources to develop and maintain appropriate diet, exercise, and other lifestyle modifications. By promoting healthier lifestyles, we can enhance morale, increase performance and productivity, reduce medical cost and sick leave and increase both job and life satisfaction.

3. This policy pertains to the physical fitness pillar of the civilian wellness and fitness program. The Garrison's civilian wellness and fitness program consists of two parts – diet and exercise – and is limited to a one time, six month period.

a. Diet. Proper nutrition plays a vital role in maintaining total fitness. The Army developed and tailored the MOVE! Program to meet the individual's needs. MOVE! provides guidance on nutrition and physical activity. Army MOVE! Health care instructors provide continual support and follow-up. Participants should register for this free program at <https://www.us.army.mil/suite/grouppage/30622>.

b. Exercise. Regular exercise supports physical and psychological well-being. Civilian Wellness and Fitness Program enrollees may participate in the one-time, six month program to jump start their exercise regime; civilian employees may only participate once during their career with the Government. The program allows civilian employees to use up to three hours of administrative leave per week to participate in command sponsored physical exercise training, monitoring, and/or education. Participants and their supervisors sign a written contract which outlines the proposed

IMBA-HRS

SUBJECT: USAG Bavaria Policy Letter #23; Civilian Wellness and Fitness Program

exercise schedule and articulates the mutual agreement regarding participation; the time allotted for physical fitness is a privilege – not an entitlement – and an employee's abuse or breach of contract (i.e., not participating in an appropriate exercise activity during the allotted time) will result in immediate termination from the program.

4. Applicants for the participation in the civilian wellness and fitness program will:

- a. Contact the Employee Assistance Program (EAP) Coordinator to obtain an enrollment packet (Encl).
- b. Submit the enrollment packet with proposed exercise schedule for consideration to their supervisor; supervisors annotate their approval on the civilian wellness contract.
- c. Complete an initial fitness assessment with the EAP Coordinator.
- d. Send the completed enrollment packet to the Employee Assistance Program Manager who will reply with a written confirmation of enrollment.
- e. Participate in the fitness program as outlined in the contract and enrollment packet; after six months, complete the final fitness assessment with the EAP Coordinator.

5. Supervisors of civilian employees will:

- a. Encourage participation in a regular program of exercise and other positive health habits. For employees who request participation in the Civilian Wellness and Fitness Program, approve or revise an exercise schedule which supports mission requirements as well as the employee's preferences.
- b. Review the employee's enrollment packet to verify eligibility prior to approving participation in the program; receive enrollment confirmation from the EAP Coordinator.
- c. Monitor the employee's proper use of the allotted time and certify hours of participation in the timekeeping system (ATAAPS code: LN).

6. POC for this policy is the DHR, ASAP, Employee Assistance Program Coordinator at DSN 475-6653 or 475-5146.

Encl


LANCE C. VARNEY
COL, IN
Commanding

Gefälligkeitsuebersetzung des USAG Bavaria Policy Letters #23

Memorandum an alle Zivilbeschäftigten der USAG Bavaria

Betreff: USAG Bavaria Policy Letter #23; Wellness- und Fitnessprogramm fuer Zivilbeschäftigte

1. Quellenangaben:

- a. AR 600-63, Army Health Promotion
- b. IMCOM Command Policy #17, Civilian Wellness
- c. Civilian Personnel Fitness Program, <http://cpol.army.mil/library/permis/593.html>

2. Die Zivilbeschäftigten bilden das personelle Rückgrat und Grundgerüst unserer Garnison und sind verantwortlich, den Soldaten und deren Familien den Lebensstandard zu gewährleisten, der dem hohen Leistungsstandard der Soldaten entspricht. Ein Wellness- und Fitnessprogramm soll die Zivilbeschäftigten anregen eine körperliche, geistige und seelische Frische zu erlangen und bietet die Möglichkeit einen entsprechenden Ernährungsplan zu erarbeiten und beizubehalten, sich sportlich zu betätigen und bestimmte Lebensgewohnheiten zu überdenken. Mit der Förderung gesünderer Lebensgewohnheiten können wir die Arbeitsmoral verbessern, die Leistung und Produktivität steigern, medizinische Kosten und krankheitsbedingte Ausfälle verringern und die Zufriedenheit am Arbeitsplatz und privat erhöhen.

3. Diese Policy beschränkt sich auf die Säule der körperlichen Fitness des Wellness- und Fitnessprogramms. Dieses Programm besteht aus 2 Teilen – Ernährung und körperliches Training – und ist auf einen Zeitraum von 6 Monaten begrenzt.

a. Ernährung. Richtige Ernährung spielt eine wichtige Rolle für die Gesamtfitness. Die Armee hat dazu das sogenannte "MOVE" Programm entwickelt um den individuellen Bedürfnissen gerecht zu werden. "MOVE" gibt Anleitungen zur Ernährung und körperlicher Betätigung. Gesundheitsberater bieten ständige Unterstützung und Ergänzungen an. Teilnehmer haben die Möglichkeit, sich für dieses kostenlose Programm unter <https://www.us.army.mil/suite/grouppage/30622> zu registrieren.

b. Training. Regelmäßiges Training unterstützt das körperliche und geistige Wohlbefinden. Interessierte können einmalig über einen Zeitraum von 6 Monaten teilnehmen und dieses als Starthilfe für dauerhaftes Training benutzen; Zivilangestellte dürfen während ihrer gesamten Dienstzeit nur einmal an diesem Programm teilnehmen.

Das Programm erlaubt den Beschäftigten bis zu 3 Wochenstunden Arbeitsbefreiung für die Teilnahme an dem durch die Garnison geförderten körperlichen Training, professioneller Überwachung und Beratung.

Teilnehmer und Vorgesetzte unterschreiben einen Vertrag der den vorgesehenen Übungsplan darlegt und ein gegenseitiges Einverständnis bezüglich der Teilnahme bestätigt. Die erlaubte Zeit für die sportliche Betätigung ist ein Zugeständnis - kein Anrecht – und der Missbrauch oder Vertragsbruch (z.B. Nichtteilnahme an dem Training während der Arbeitsbefreiung) führt zum sofortigen Ausschluss aus dem Programm.

4. Bewerber für das Wellness- und Fitnessprogramm werden:

a. die Antragsformulare vom Employee Assistance Program (EAP) Coordinator beantragen.

b. den Antrag zusammen mit dem vorgesehenen Übungsplan an den Vorgesetzten schicken; Vorgesetzte bestätigen ihre Zustimmung durch Unterzeichnung des Vertrags.

c. eine erste Fitnessbewertung durchführen

d. das gesamte Bewerbungspaket an den EAP Coordinator schicken, der die Teilnahme schriftlich bestätigt.

e. an dem Fitness Programm teilnehmen, wie im Vertrag und Bewerbungspaket beschrieben, und nach 6 Monaten eine abschliessende Fitnessbewertung mit dem EAP Coordinator durchführen.

5. Vorgesetzte von Zivilbeschäftigten:

a. regen die Angestellten zur Teilnahme an regelmäßigem Training und anderen positiven Gesundheitsverhalten an; Genehmigen oder Überarbeiten den Trainingsplan, der sowohl den Dienstanforderungen als auch den Bedürfnissen des Angestellten gerecht werden soll.

b. Überprüfen das Anmeldepaket des Angestellten und erteilen Zustimmung zur Teilnahme an dem Programm; erhalten die Zustimmung zur Teilnahme vom EAP Coordinator.

c. Überwachen die Teilnahme an den befreiten Arbeitszeiten und bestätigen diese für den Zeitlistenführer.

6. Ansprechpartner für dieses Program ist der EAP Coordinator, 475-6653/5146.

FOR OFFICIAL USE ONLY / NUR ZUM DIENSTGEBRAUCH

Civilian Wellness and Fitness Program
/ Wellness und Fitness Programm für
Zivilangestellte

(AR 600-63 Health Promotion)

Enrollment
Packet /
Teilnahmeantrag

Proponent: / *Zuständigkeit:*
Employee Assistance Program (EAP) Coordinator
Army Substance Abuse Program (ASAP)
Directorate of Human Resources
DSN: 475-6653 or 475-5146

FOR OFFICIAL USE ONLY / NUR ZUM DIENSTGEBRAUCH

Welcome to the Civilian Wellness Program! We appreciate your interest and hope to make the process of enrolling in the program as simple as possible. Please take a few minutes to acquaint yourself with the Enrollment Packet. / *Willkommen beim USAG Bavaria Civilian Fitness Programm! Wir danken für Ihr Interesse und hoffen Ihnen den Anmeldeprozess so leicht wie möglich machen zu können. Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, diese Anleitung sorgfältig durchzulesen.*

The Enrollment Packet is designed to complete all the steps necessary to enroll Civilian employees in the Civilian Wellness Fitness Program. It is important to note that you will not be enrolled in the program unless all paperwork is complete (including the personal assessment survey), you have received medical approval to start the program (if necessary) and you have provided the EAP Coordinator with the required initial data (height/ weight/ resting heart rate, etc.). When you are approved for the program, you will receive an Enrollment Approval memorandum from the EAP Coordinator. / *Der folgende Teilnahmeantrag deckt alle Bereiche Ihrer Anmeldung ab. Beachten Sie bitte, dass Sie nicht ins Programm aufgenommen werden können, bis Sie eine eventuell erforderliche ärztliche Untersuchungsbestätigung vorlegen und die vollständigen Unterlagen dem zuständigen EAP Coordinator vorliegen. Nachdem Sie für das Programm zugelassen wurden, erhalten Sie eine Bestätigung.*

Congratulations on taking the first step to **getting** fit and **staying** fit! / *Glückwunsch, zum ersten Schritt fit zu **werden** und fit zu **bleiben**!*

Table of Contents / Inhaltsverzeichnis

1. Welcome/ Table of Contents / <i>Willkommen/Inhaltsverzeichnis</i>	Page / Seite 2
2. Civilian Wellness Fitness Contract / <i>USAG Bavaria Civilian Wellness Vertrag</i>	Page / Seite 3
3. Physical Fitness Program Release/ Waiver of Liability/ <i>Haftungsausschluss</i>	Page / Seite 5
4. Personal Readiness Assessment / <i>Persönlicher Eignungstest</i>	Page / Seite 7
5. Medical Approval by Health Care Provider Form	Page / Seite 10
6. Medizinische Genehmigung durch den Hausarzt	Page / Seite 11
7. Enrollment Approval Memo (from EAP Coord.)	Page / Seite 12
8. Memorandum Anmeldebestätigung für Teilnehmer	Page / Seite 13

If you have any questions regarding the Civilian Wellness and Fitness Program process please contact the EAP Coordinator listed above. / *Bei Fragen zum Civilian Fitness Programm, wenden Sie sich bitte an den vorgenannten EAP Coordinator.*

FOR OFFICIAL USE ONLY / NUR ZUM DIENSTGEBRAUCH

Civilian Wellness Fitness Contract / USAG Bavaria Civilian Wellness Fitness Vertrag

I, _____ (please print clearly) hereby commit to 1 hour, 3x per week, for 6 months, of wellness fitness program. I will be focused on challenging my abilities in the pursuit of improved physical, mental, social, family and spiritual performance. / *Ich, (Name einfügen in Druckschrift) verpflichte mich hiermit für eine Stunde, 3x pro Woche, für 6 Monate, am Wellness Fitness Programm teilzunehmen.*

I realize this contract is made with the agreement of my supervisor and may be altered or interrupted for immediate mission requirements. / *Ich verstehe, dass dieser Vertrag unter der Zustimmung meines Vorgesetzten entsteht und jederzeit für dringende dienstliche Zwecke unterbrochen oder geändert werden kann.*

I understand that if I am absent from work, on any leave status (including holidays) or temporary duty during the 6-month period I cannot reschedule the missed event and will not be able to extend my enrollment. I am aware that I **MUST** utilize the Automated Time Attendance and Production System (ATAAPS) code provided to me for accountability purposes for every session I use for my wellness fitness program. / *Mir ist bekannt, dass ich versäumte Termine während des 6-monatigen Zeitraums, verursacht durch beispielsweise Urlaub, Betriebsreisen oder durch krankheitsbedingte Gründe, nicht nachholen kann und die Einschreibung auch nicht verlängern kann. Ich bin darüber in Kenntnis gesetzt worden, dass ich den Zeitlistenerführer zur Erfüllung der Rechenschaftspflicht über meine Trainingszeiten informieren **MUSS**.*

The program may consist of exercise, walking or jogging groups, strengthening exercises, limited weight training exercises, other activities designed to improve individual fitness levels, as well as individually directed fitness activities. In order to participate, a supervisor's signature is required. The approval location for all wellness activities is the on-post fitness center. / *Das Programm darf aus verschiedenen Trainingseinheiten wie Gewichte heben, Walking- und Jogging Gruppen, verschiedenen Muskelübungen und allen anderen Aktivitäten bestehen, welche die körpereigene Fitness verbessern. Um teilnehmen zu können, wird das Einverständnis des Vorgesetzten benötigt.*

FOR OFFICIAL USE ONLY / NUR ZUM DIENSTGEBRAUCH

Participant Name (Please Print): _____
Name des Teilnehmers (bitte Druckschrift)

Participant Signature: _____ Date: _____
Unterschrift des Teilnehmers Datum

Directorate / Organization: _____
Direktorat / Organisation

I agree to and approve the participation in a scheduled weekly fitness program for the above mentioned employee under my supervision. / *Ich stimme der Teilnahme an einem wöchentlich geplanten Fitness Programm für den/die oben genannten Angestellte(n), welche(r) sich unter meiner Aufsicht befindet, zu.*

Supervisor's Name (Please Print): _____
Name des Vorgesetzten (bitte Druckschrift)

Supervisor's Signature: _____ Date: _____
Unterschrift des Vorgesetzten Datum

Please annotate the days and times the employee will participate in their wellness fitness program. / *Bitte tragen Sie unterhalb die Tage und Zeiten ein, in welchen der/die Mitarbeiter(in) am Wellness Fitness Programm teilnehmen wird.*

	Monday <i>Montag</i>	Tuesday <i>Dienstag</i>	Wednesday <i>Mittwoch</i>	Thursday <i>Donnerstag</i>	Friday <i>Freitag</i>
Day / <i>Tag</i>					
Time / <i>Zeit</i>					

FOR OFFICIAL USE ONLY / NUR ZUM DIENSTGEBRAUCH

Fitness Program Release / Waiver of Liability / Haftungsausschluss

I know that participating in a physical fitness program can be a potentially hazardous activity. I will not enter this program unless I am medically fit. I assume all risks associated with participating in this program, including, but not limited to injuries related to falls, heart attack, stroke, heat related injuries, contact with other participants, infectious diseases, and equipment conditions.

Ich weiss, dass die Teilnahme an einem Fitness Programm potentielle Risiken mit sich bringen kann. Ich werde dem Programm nur bei vollständiger Gesundheit beitreten. Mir sind alle Risiken bewusst, welche im Bezug auf dieses Unterfangen auftreten können, inklusive aber nicht begrenzt auf Verletzungen durch Hinfallen, Herzattacken, Schlaganfälle, Verbrennungen, Kontakt mit anderen Teilnehmern, infektiöse Krankheiten und Verletzungen, bedingt durch den technischen Zustand der Fitnessgeräte.

In consideration of the opportunity to participate in the physical fitness program, I UNDERSTAND AND DO HEREBY AGREE TO ASSUME ALL OF THE ABOVE RISKS AND OTHER RELATED RISKS WHICH MAY BE ENCOUNTERED IN SAID PHYSICAL FITNESS PROGRAM. I do hereby agree to hold the United States Government, its officials, and personnel harmless from any and all liability, actions, cause of actions, claims, expenses, and damages on account of injury to my person or property, even injury resulting in death, which I now have or which may arise in the future in connection with my participation in any other associated activities of the Physical Fitness Program (release and waiver of liability does not prevent me from receiving available emergency medical care or medically-related entitlements routinely available to me if I am a family member or federal employee.)

ICH VERSTEHE UND AKZEPTIERE SOWOHL ALLE OBEN GENANNTEN RISIKEN, ALS AUCH EVENTUELL ANDERE, MIT DEM PROGRAMM VERBUNDENEN RISIKEN. Hiermit stimme ich zu, die Regierung der Vereinigten Staaten und deren Vertreter von sämtlicher Haftung auszuschließen, die aufgrund von Handlungen, deren Verlauf, Ansprüchen, Kosten und Schaden im Bezug auf Verletzungen meiner Person oder meines Eigentums, sogar von Verletzungen mit Todesfolge, unter denen ich bereits leide oder bald möglicherweise aufgrund des Programms oder anderer Aktivitäten erleiden könnte, auftreten können (Der Haftungsausschluss bedeutet jedoch nicht, im Notfall auf eine medizinische Notdienstversorgung oder andere medizinische Ansprüche verzichten zu müssen).

FOR OFFICIAL USE ONLY / NUR ZUM DIENSTGEBRAUCH

I expressly agree that this release, waiver and indemnity agreement is intended to be as broad and inclusive as permitted by the law of the applicable State, and that if any portion thereof is held invalid, it is agreed that the balance shall, notwithstanding, continue in full legal force and effect. This release contains the entire agreement between the two parties hereto and the terms of this release are contractual and not a mere recital.

Ich erkenne ausdrücklich an, dass dieser Haftungsausschluss dem gesetzlichen Rahmen entspricht und dass die Gültigkeit des Haftungsausschlusses trotz eventueller Gesetzeswidersprüche gewahrt wird. Dieses Dokument enthält die komplette Vereinbarung beider Parteien und die Bedingungen werden als gegenseitiger Vertrag angesehen.

I further state that I HAVE CAREFULLY READ THE FOREGOING RELEASE AND KNOW THE CONTENTS THEREOF AND I SIGN THIS RELEASE AS MY OWN FREE ACT. This is a legally binding document which I have read and understand.

Des Weiteren gebe ich an, dass ICH DIE VORSTEHENDE REGELUNG SORGSAM GELESEN HABE, DASS MIR DEREN INHALTE BEKANNT SIND UND DASS ICH DIESES DOKUMENT AUS FREIEM WILLEN UNTERZEICHNE. Dies ist ein vertraglich bindendes Dokument, welches ich gelesen und verstanden habe.

Print Name: _____
Name in Druckschrift

Signature: _____
Unterschrift

Date: _____
Datum

FOR OFFICIAL USE ONLY / NUR ZUM DIENSTGEBRAUCH

Personal Readiness Assessment

Persönlicher Eignungstest

Participant's Name (Print) / *Name des Teilnehmers (Druckschrift)*:

Height: Feet _____ ' Inches _____" / *Groesse: cm* _____

Weight: _____ lbs / *Gewicht* _____ kg

Blood Pressure / *Blutdruck* _____ / _____

Resting Heart Rate / *Puls* _____ (beats per minute)

Smoker (Circle One): YES / NO // *Raucher: JA / NEIN*

Work Phone / *Diensttelefon*: _____

Work Email / *Dienst Email*: _____

Activity Level (circle One): Active Sedentary

Sportliche Betätigung (einkreisen): Aktiv Ruhend

Below are items that you should consider **BEFORE** beginning an exercise program. Your physical activity readiness is a first step when planning to increase physical activity levels in your life and is for your personal use only.

Although this serves as a basic guideline, should you have any questions you should consult a physician **BEFORE** beginning an exercise program:

Folgende Fragen sollten Sie beantworten bevor Sie sich fuer ein Trainingsprogramm entscheiden. Die Erfassung ihres momentanen Fitnesszustands ist der erste Schritt zur Erhöhung ihrer koerperliche Aktivitaeten. Sollten Sie sich bei einigen Fragen unsicher sein, suchen Sie bitte einen Arzt auf.

FOR OFFICIAL USE ONLY / NUR ZUM DIENSTGEBRAUCH

Y	N	Has a physician ever said you have a heart condition and you should only do physical activity recommended by a physician? <i>Hat ein Arzt jemals ein Herzleiden festgestellt und nur bestimmte koerperliche Betätigungen vorgeschlagen?</i>
Y	N	When you do physical activity, do you feel pain in your chest? <i>Verspüren Sie bei körperlicher Betätigung Schmerzen im Brustbereich?</i>
Y	N	When you were not doing physical activity, have you had chest pain in the past month? <i>Hatten Sie auch ohne körperliche Anstrengungen Brustschmerzen während der letzten Monate?</i>
Y	N	Do you ever lose consciousness or do you lose your balance because of dizziness? <i>Litten sie jemals an Gleichgewichtsstörungen oder sind Sie schon einmal bewusstlos gewesen?</i>
Y	N	Do you have a joint or bone problem that may be made worse by a change in your physical activity? <i>Haben Sie Gelenk- oder Knochenprobleme, die durch körperliche Betätigung verschlimmert werden könnten?</i>
Y	N	Is a physician currently prescribing medications for your blood pressure or heart condition? <i>Nehmen Sie momentan Medikamente gegen Bluthochdruck oder Herzleiden ein?</i>
Y	N	Are you pregnant? <i>Sind Sie schwanger?</i>
Y	N	Do you have insulin dependent diabetes? <i>Sind Sie aufgrund von Diabetes auf Insulin angewiesen?</i>
Y	N	Are you 69 years of age or older? <i>Sind Sie 69 Jahre alt oder älter?</i>
Y	N	Do you know of any other reason you should not exercise or increase your physical activity? <i>Sind Ihnen andere Gründe bekannt, die gegen körperliche Anstrengung sprechen?</i>

If you answered 'YES' to any of the above questions, talk with your doctor **BEFORE** you become more physically active. Tell your doctor your intent to exercise and to which questions you answered yes. *Ist mindestens eine Antwort 'Ja', sprechen Sie bitte noch **VOR** Trainingsbeginn mit Ihrem Arzt. Berichten Sie ihm von Ihrem Vorhaben und welche Fragen Sie mit 'Ja' beantwortet haben.*

If you honestly answered 'NO' to all questions, you can be reasonably positive that you can safely increase your level of physical activity **gradually**. *Wenn Sie alle Fragen ehrlich mit "Nein" beantwortet haben, können Sie davon ausgehen, dass Sie risikolos ihre körperlichen Betätigungen langsam steigern können.*

If your health should change so that you can then answer 'YES' to any of the above questions, stop and seek guidance from a physician immediately. *Sollte sich Ihr Gesundheitszustand ändern und Sie eine der Fragen mit "Ja" beantworten müssen, brechen Sie das Programm sofort ab und suchen Sie einen Arzt auf.*

FOR OFFICIAL USE ONLY / NUR ZUM DIENSTGEBRAUCH

Participant: If you answered 'YES' to any of the ten key questions in your Personal Readiness Assessment, this form must be completed by your healthcare provider prior to beginning the program.

Teilnehmer: Falls Sie auf eine der 10 Fragen oben mit 'Ja' geantwortet haben, so muss dieses Dokument von Ihrem Hausarzt ausgefüllt werden bevor Sie mit dem Programm beginnen dürfen.

MEDICAL APPROVAL BY HEALTH CARE PROVIDER

Patient Name (print):

Has medical approval to participate in the physical fitness component of the Civilian Fitness Program. I understand that the program includes mild to moderate intensity exercise, and may be conducted in unsupervised groups or individually. I also understand that participation is voluntary, allowing the participant to stop and rest at any time he or she desires. Participants will be authorized to exercise at or near the fitness facility on their installation.

If the participant is restricted from performing certain exercises, please list restrictions and suitable exercises that may be substituted in the space provided below.

The following exercise restrictions and substitutions apply (if none, so state):

Health Care Provider's Signature: _____ Date: _____

Provider's Print Name/ Stamp: _____

Medizinische Genehmigung durch den Hausarzt

Name des Patienten (Druckschrift):

[...] hat die medizinische Eignung, um am Fitness Programm für Zivilangestellte teilnehmen zu können. Mir wurde mitgeteilt, dass das Programm leichte bis mittelschwere Übungen beinhaltet und dass diese individuell und ohne Aufsicht praktiziert werden können. Zudem ist mir bekannt, dass das Programm auf freiwilliger Basis stattfindet und dass der Teilnehmer jederzeit eine Pause einlegen kann. Teilnehmer werden befugt, im Fitness Center des Militärstandorts zu trainieren.

Sollte es dem Teilnehmer nicht gestattet sein, an bestimmten Übungen teilzunehmen, so listen Sie diese bitte im Folgenden auf und empfehlen Sie bitte eine geeignete Ersatztätigkeit.

Die folgenden Übungseinschränkungen und Ersatzmöglichkeiten liegen vor (falls keine, bitte bestätigen):

Unterschrift des Hausarztes: _____ Date: _____

Name in Druckschrift und Praxisstempel: _____



DEPARTMENT OF THE ARMY
UNITED STATES ARMY GARRISON BAVARIA
UNIT 28130
APO AE 09114-8130

IMBA-HRS

MEMORANDUM FOR (NAME)

SUBJECT: Participant enrollment approval - Civilian Wellness and Fitness Program

_____ has applied to participate in the Employee Wellness Fitness Program for six (6) months. The participant's application has been reviewed and is (only circled letters **apply**):

A) Accepted into the Civilian Wellness and Fitness Program. All documentation has been received at the Civilian Fitness Assessment and is complete.

B) Not approved to continue the program until the Employee Assistance Program Coordinator receives the **Supervisor's signature on the Participation Agreement.**

C) Not approved to continue the program until the Employee Assistance Program Coordinator receives the **signed Health Care provider's approval.**

The program starts for the participant on an agreed upon date and will end 6 months later. Participant is required to submit a final Civilian Fitness Questionnaire in order to complete the program.

Participant will be sent the Final Questionnaire by the Employee Assistance Program Coordinator upon completion of the 6 month program. **Participant must complete the final questionnaire in order to complete the program.**

Program started on: _____

Program will end on: _____

SIGNATURE: _____

Employee Assistance Program Coordinator



DEPARTMENT OF THE ARMY
UNITED STATES ARMY GARRISON BAVARIA
UNIT 28130
APO AE 09114-8130

IMBA-HR

MEMORANDUM FÜR (NAME)

BETREFF: Anmeldebestätigung – Wellness und Fitness Programm für Zivilangestellte

1. _____ hat sich angemeldet, um für sechs (6) Monate am Wellness und Fitness Programm teilzunehmen. Die Bewerbung des Teilnehmers wurde bewertet und (nur zutreffendes einkreisen):

- a) In das Wellness und Fitness Programm für Zivilangestellte **aufgenommen**. Alle benötigten Dokumente liegen beim Assessment Center vor und sind vollständig.
- b) Wird **nicht befürwortet**, bis dem Employee Assistance Program Coordinator eine Unterschrift des Vorgesetzten in der **Teilnahmevereinbarung** vorliegt.
- c) Wird **nicht befürwortet**, bis dem Employee Assistance Program Coordinator die Genehmigung und die Unterschrift des Hausarztes vorliegt.

2. Das Programm beginnt zu dem vereinbarten Datum und endet 6 Monate darauf.

3. Der Teilnehmer bekommt den abschließenden Fragebogen nach Ablauf der 6 Monate vom zuständigen USAG Bavaria Employee Assistance Program Coordinator zugesendet. **Jeder Teilnehmer muss den Fragebogen ausgefüllt einreichen, um das Programm erfolgreich absolvieren zu können.**

Das Programm beginnt am: _____

Das Programm endet am: _____

UNTERSCHRIFT: _____
Employee Assistance Program Coordinator