

## Fortbildungs-AG im Palliativnetz Kreis Coesfeld e.V.

Kontakt: Dr. Michael Gösling



### Antrag auf Förderung einer Fortbildung im Rahmen palliativer Versorgung/Begleitung

Bitte per Mail an: [bhamm@palliativnetz-kreis-coesfeld.de](mailto:bhamm@palliativnetz-kreis-coesfeld.de)

Über den Förderentscheid erhalten Sie per Mail die entsprechende Nachricht.

Vorname, Name: \_\_\_\_\_

Email-Adresse: \_\_\_\_\_

Berufliche/Ehrenamtliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber/Verein/Institution:  
(Adresse und Firmen-/Vereinsstempel) \_\_\_\_\_

Einsatzort: \_\_\_\_\_

Art der Anstellung:  befristet  unbefristet

Berufs-, Ehrenamtserfahrung (Jahre): \_\_\_\_\_

Förderung durch Arbeitgeber/Verein/  
Institution:  trägt die restlichen Kosten  
 bezahlt Teilnehmer/in als Arbeitszeit

Die Förderung wird beantragt für:  
(Kursbezeichnung/Kursnummer) \_\_\_\_\_

[Bitte Kursinhalt mitschicken!](#)

Umfang (Unterrichts-Std.): \_\_\_\_\_

Zertifiziert durch:  Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP)  
 Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (DHPV)  
 Bundesverband Trauerbegleitung e.V. (BVT)  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

Die Zertifizierung durch den  
entsprechenden Fachverband ist  
Voraussetzung für die Fördermöglichkeit!

Veranstalter: \_\_\_\_\_

Kursgebühr: \_\_\_\_\_

#### Wichtige Hinweise:

Für die Abrechnung (anteilige Kostenerstattung) benötigen wir den Rechnungsbeleg (eingescanntes Rechnungs-Original mit „Bezahlt“-Vermerk). Bitte notieren Sie auf der Rechnung Ihre Bankverbindung!

**Bei Abbruch des Kurses wird der anteilige Förderbetrag zurückgefordert!**

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Grundlage der DSGVO Art. 6 Abs. 1 lit.f (berechtigtes Interesse zur Bearbeitung Ihres Antrages). Ihre Daten bleiben solange gespeichert, bis der Zweck erfüllt ist, sofern dem keine gesetzlichen Bestimmungen entgegenstehen. Sie erteilen hiermit Ihre Einwilligung in die Speicherung und Nutzung Ihrer Daten zu o.g. Zweck. Sie haben u.a. das Recht auf Widerruf und/oder Löschung Ihrer Daten gemäß DSGVO Art. 12-23 (Rechte der betroffenen Person).

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_