

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



Kontakt:

Dr. Michael Gösling (Vorstand Palliativnetz Kreis Coesfeld e.V.)

### 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) und/oder per Briefpost an die Vereinsadresse!)

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: \_\_\_\_\_

#### Wichtiger Hinweis:

Für die Abrechnung benötigen wir eine Kopie der Rechnung (per Briefpost an die Vereinsadresse) und die Bankverbindung.

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_ IBAN: DE \_\_\_\_\_

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