Umsetzung Nationale Demenzstrategie

Demenzspezifische Weiter- und Fortbildung

Antragsformular

Antragstellerin:

Name des Alters- und Pflegeheims Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Adresse Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Postleitzahl Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Ort Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Telefonnummer Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

E-Mail Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Zahlungsadresse[[1]](#footnote-1) Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

 Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

 Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Zahlungsverbindung Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
(IBAN oder PC-Konto)

Das oben aufgeführte Heim beantragt folgende Kostenübernahme (max. CHF 7‘500.00):

Name der Pflegefachperson Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Vorname der Pflegefachperson Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Name des Bildungsinstituts Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Adresse des Bildungsinstituts Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Titel des Lehrgangs Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Start des Lehrgangs Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

Ende des Lehrgangs Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

Total der Schulungskosten in CHF Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Die Antragstellerin geht folgende Verpflichtungen ein:

Das Alters- und Behindertenamt (ALBA) erhält eine Kopie der Anmeldebestätigung.

Nach erfolgreichem Abschluss der Weiterbildung erhält das ALBA eine Kopie des Zertifikats.

Gleichzeitig ist ein schriftlicher Nachweis, dass das erworbene Wissen in der Institution adäquat verbreitet wird, beizulegen (Berichtsform, max. 1 A4-Seite).

Die Antragstellerin nimmt zur Kenntnis, dass der kantonale Beitrag an einen erfolgreichen Abschluss der Weiterbildung sowie an den oben genannten Nachweis geknüpft ist. Fehlen diese, so hat die Antragstellerin dem Kanton den Betrag vollumfänglich zurück zu erstatten.

Ort und Datum Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Unterschrift der Antragstellerin
(Institutionsleitung) …………………………………………………………........

1. Ist nur auszufüllen, wenn die Zahlungsadresse nicht identisch mit der Adresse des Alters- und Pflegeheims ist. [↑](#footnote-ref-1)