

## Antrag auf Gewährung eines Zuschusses für die Grundausbildung von ehrenamtlichen Hospizhelfern aus Mitteln der Bayerischen Stiftung Hospiz

**Bitte beachten: Antragstellung nur bis zum 30.06.2025 (Eingang bei der Stiftung) möglich.  
Bitte reichen Sie den Antrag per Mail ein.**

<b>I.</b>	<b>Allgemeine Angaben</b>	Zutreffendes bitte ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/> oder ausfüllen						
	<b>Antragsteller</b> (Name, Vorname)							
	Straße, Hausnummer							
	PLZ, Ort							
	E-Mailadresse	Telefonnummer						
	Bankverbindung (Geldinstitut)							
	IBAN <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px dotted black; width: 15%; height: 15px;"></td><td style="border: 1px dotted black; width: 15%; height: 15px;"></td><td style="border: 1px dotted black; width: 15%; height: 15px;"></td><td style="border: 1px dotted black; width: 15%; height: 15px;"></td><td style="border: 1px dotted black; width: 15%; height: 15px;"></td><td style="border: 1px dotted black; width: 15%; height: 15px;"></td></tr></table>							
	<b>Rechtsgeschäftlich verantwortlich</b> (Name, Vorname)							
	Funktion	Telefonnummer						
	<b>Ansprechpartner</b> (Name, Vorname)							
	E-Mailadresse	Telefonnummer						
	Faxnummer							
<b>II.</b>	<b>Fördervoraussetzungen</b>							
	Eine Förderung nach § 39a Abs. 2 SGB V erfolgt. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein							
	Die Voraussetzungen für eine Förderung nach 39a Abs. 2 SGB V liegen vor, eine Förderung wird aber nicht beantragt. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein							
	Fördermittel des Freistaates Bayern oder einer anderen Institution werden für den gleichen Leistungszweck beantragt. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein							
<b>III.</b>	<b>Grundausbildung</b>							
	<b>Thema/Inhalt der Grundausbildung</b> ⇨ (Kurzbeschreibung) ⇩							
	.....							
	.....							
	.....							
	.....							
	.....							
	.....							

**Veranstaltungsort:**

**Dauer der Ausbildung** ↻ (Kalenderdaten) ⌂ :

**Veranstaltungstermine:**

**Teilnehmerzahl** ↻ (mind. 5 gleichbleibende Teilnehmer) ⌂ :

**Anzahl der Fortbildungseinheiten:** \_\_\_\_\_

↻ (mind. 30 FE notwendig -1 FE = 45 Min.; Fortbildungsvor- und -nachbereitungen, Pausen, Praktika zählen nicht als FE; alle 90 Minuten wird eine Pause von 15 Minuten eingerechnet) ⌂

**Ich versichere, dass die Qualitätsanforderung zur Vorbereitung Ehrenamtlicher in der Hospizarbeit der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V. ([https://www.dhvp.de/files/public/broschueren/2021\\_Broschu%CC%88re\\_RzQVEA.pdf](https://www.dhvp.de/files/public/broschueren/2021_Broschu%CC%88re_RzQVEA.pdf)) eingehalten wird.**

***Hinweis:*** Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann verweigert bzw. jederzeit widerrufen werden. In diesem Fall müssen Sie damit rechnen, dass der Antrag abgelehnt werden kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Rechtsverbindliche Unterschrift des/der zur Vertretung Befugten