



**Antrag auf Förderung von Weiterbildungen
für vollstationäre Pflegeeinrichtungen
(Beschluss des Sozialausschusses vom 18.10.2018)**

**Programm zur Verbesserung der Qualität in der
vollstationären Pflege**

Förderjahr 2025

**Amt für Soziale Sicherung
Altenhilfe und Pflege
S-I-AP 4.1**

St.-Martin-Straße 53
81669 München

Sachbearbeitung:
Frau Akav-Metz
Telefon: 089 233-68524
Frau Drubba
Telefon: 089 233-68369

E-Mail: ap4.soz@muenchen.de
Telefax: 089 233-68494

1. Allgemeine Daten

Einrichtung:	<input type="text"/>		
Adresse:	<input type="text"/>		
Ansprechperson:	<input type="text"/>		
Telefon:	<input type="text"/>	Fax:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>		
Anzahl der vollstationären Pflegeplätze nach SGB XI:			<input type="text"/>
Anzahl von Auszubildenden in der generalistischen Pflegeausbildung:			<input type="text"/>
Anzahl Praktikumsplätze für Externe in der generalistischen Pflegeausbildung:			<input type="text"/>

2. Beantragt werden für das Jahr 2025

2.1 Weiterbildung Praxisanleitung generalistische Pflegeausbildung

Bildungseinrichtung:	<input type="text"/>		
	Weiterbildung 300 Stunden	berufspädagogische Fortbildung/Rezertifizierung	
Beginn – Monat:	<input type="text"/>	Ende – Monat:	<input type="text"/>
Umfang in Stunden:	<input type="text"/>	Kosten:	<input type="text"/>
Name, Vorname:	<input type="text"/>		
Ausbildung:	<input type="text"/>		

2.2 Weiterbildung Gerontopsychiatrische Fachkraft

Bildungseinrichtung:	<input type="text"/>		
Beginn – Monat:	<input type="text"/>	Ende – Monat:	<input type="text"/>
Umfang in Stunden:	<input type="text"/>	Kosten:	<input type="text"/>
Name, Vorname:	<input type="text"/>		
Ausbildung:	<input type="text"/>		

2.3 Weiterbildung Palliative Care

Bildungseinrichtung:	<input type="text"/>		
Beginn – Monat:	<input type="text"/>	Ende – Monat:	<input type="text"/>
Umfang in Stunden:	<input type="text"/>	Kosten:	<input type="text"/>
Name, Vorname:	<input type="text"/>		
Ausbildung:	<input type="text"/>		

2.4 Weiterbildung Hygienebeauftragte*r gemäß IfSG (Mindeststandard 40 Stunden)

Bildungseinrichtung:	<input type="text"/>		
Beginn – Monat:	<input type="text"/>	Ende – Monat:	<input type="text"/>
Umfang in Stunden:	<input type="text"/>	Kosten:	<input type="text"/>
Name, Vorname:	<input type="text"/>		
Ausbildung:	<input type="text"/>		

2.5 Weiterbildung/Rezertifizierung Wundexpert*in und/oder Fachtherapeut*in Wunde

	Weiterbildung	Rezertifizierung
Bildungseinrichtung:	<input type="text"/>	
Beginn – Monat:	<input type="text"/>	Ende – Monat: <input type="text"/>
Umfang in Stunden:	<input type="text"/>	Kosten: <input type="text"/>
Name, Vorname:	<input type="text"/>	
Ausbildung:	<input type="text"/>	

3. Werden **Zuwendungen Dritter** beantragt? nein

ja, wie folgt

4. Hinweis

Als **Anlage** zu diesem Antrag bitte **Weiterbildungsprogramm(e)** mit Inhaltsbeschreibung und Kosten (in Kopie) beilegen. Die Kosten sind aufgeschlüsselt nach Positionen

- reine Fortbildungskosten,
- Material-, Prüfungs- und Verpflegungskosten sowie
- Fahrkosten

beizufügen. Erfolgt keine Angabe, werden pauschal zehn Prozent der Gesamtkosten abgezogen.

5. Schlussbestätigung

- Wir bestätigen die Richtigkeit der Angaben.
- Wir erklären außerdem, dass für die beantragte(n) Maßnahme(n) keine Überfinanzierung durch weitere Zuschüsse entsteht.
- Uns ist bekannt, dass Leistungen, die aufgrund unzutreffender Angaben bewilligt wurden, zurückgefordert werden.
- Die Teilnehmer*innen der Weiterbildung(en) sind nach Art 13 Abs.1e DSGVO darüber informiert, dass die Daten (Name, Vorname, Ausbildung) im Rahmen der Beantragung des Zuschusses an die Landeshauptstadt München, Sozialreferat, Amt für Soziale Sicherung, Abteilung S-I-AP4, weitergeleitet werden.

München, den _____

Unterschrift der Einrichtungsleitung, Stempel