



## **Antragsformular „Stärkung der Palliativkompetenz in der Pflege“**

### **Daten Antragssteller/in**

Träger der Weiter-  
bildungsmaßnahme

Rechtsform des Antragsstellers

Anschrift

Kursort

Ansprechperson

Telefon

E-Mail

### **Antrag auf Förderung**

Wir beantragen die Gewährung einer Zuwendung in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro auf Basis von insgesamt \_\_\_\_\_ Teilnehmenden, die an der nachstehenden Maßnahme teilnehmen und nach dem Förderaufruf förderfähig sind.

### **Geplante Maßnahme**

Curriculum

Palliative Care Kurs für Pflegende nach dem Curriculum Palliative Care von M. Kern, M. Müller und K. Aurnhammer

Palliative Care Kurs für Mitarbeiter psychosozialer Berufsgruppen nach dem Curriculum von M. Kern, M. Müller und K. Aurnhammer

Kurs nach dem Curriculum "Palliative Praxis" der Robert-Bosch-Stiftung

Palliative Care Kurs für Mitarbeiter in stationären Einrichtungen für Kinder und Jugendliche insbesondere nach dem Dattelner Curriculum

Multiplikatorenschulung, die auf die Qualifizierung von bereits Palliative Care qualifizierten MitarbeiterInnen in Pflegeeinrichtungen zielen nach ELNEC Kurs Deutschland – Geriatrie Curriculum

Palliative Care Kurs für Mitarbeiter in Einrichtungen der Behindertenhilfe  
– weiterführende Informationen sind dem Antrag beizufügen

Sonstige Kurse

– weiterführende Informationen sind dem Antrag beizufügen und fachlich zu begründen

Teilnahmegebühr pro Teilnehmer/in (ohne Landeszuschuss)

Euro

Beginn / Ende des Kurses

/

Anzahl der erwarteten Teilnehmenden, die bei einer Pflegeeinrichtung (im Sinn von § 3 WTPG) oder einem ambulanten Pflegedienst (im Sinn von § 132a SGB V) mit Sitz in Baden-Württemberg beschäftigt sind sowie Teilnehmenden, die in ambulanten Hospizdiensten Leitungsfunktionen übernehmen sollen:

## Erklärung

Der Antragssteller erklärt, dass

- mit der o.g. Maßnahme noch nicht begonnen wurde und auch nicht vor Bewilligung begonnen wird.
- für die Maßnahme / das Projekt eine / keine Zuwendung von einer anderen Stelle des Landes oder von einer anderen juristischen Person des öffentlichen Rechts beantragt oder bewilligt wurde.
- die veranschlagten Teilnehmendengebühren zzgl. erwarteter Landeszuschuss die Gesamtausgaben der Maßnahme nicht übersteigen.

Wir versichern, dass die Angaben in diesem Antrag richtig und vollständig sind, und dass wir jede Veränderung der für die Gewährung der Förderung maßgebenden Verhältnisse unverzüglich dem Ministerium für Soziales und Integration mitteilen werden.

Uns ist bekannt, dass die im Antrag erhobenen Daten für die Antragsbearbeitung benötigt werden. Wir willigen in die Verarbeitung, insbesondere das Speichern, Nutzen und Übermitteln der erhobenen Daten zum Zwecke der Bearbeitung des Antrags- und Bewilligungsverfahrens ein.

Wir versichern, dass wir im Rahmen des Förderverfahrens die einschlägigen datenschutzrechtlichen Anforderungen beachten.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Antragsteller/in

Mit der Übersendung personenbezogener Daten willigen Sie in die Verarbeitung dieser zu Zwecken des von Ihnen gestellten Antrags durch das Ministerium für Soziales und Integration ein. Die Einwilligung kann jederzeit gegenüber dem Ministerium für Soziales und Integration widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten Daten wird hiervon nicht berührt.

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an:

Ministerium für Soziales und Integration  
Referat 54 / Patientenbelange,  
Ethik in der Medizin, Palliativmedizin  
Else-Josenhans-Str. 6  
70173 Stuttgart

Oder per E-Mail an: [poststelle@sm.bwl.de](mailto:poststelle@sm.bwl.de)