



## Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES, GESUNDHEIT UND INTEGRATION

### Antragsformular „Trauerbegleitung“

#### 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

Befähigungskurs zur Trauerbegleitung – nach den BVT Qualitätsstandards oder nach der  
Rahmenempfehlung der Arbeitsgruppe Ambulante Hospizdienste in Baden-Württemberg

Große Basisqualifikation zur Trauerbegleitung – nach BVT Qualitätsstandards

Sonstige Kurse – weiterführende Informationen sind dem Antrag beizufügen und fachlich  
zu begründen

Teilnahmegebühr pro Teilnehmer/in (ohne Landeszuschuss)

Euro

Beginn / Ende des Kurses

/

Zahl der erwarteten Teilnehmenden, die zugehörig sind zu  
einer Einrichtung oder einem Dienst mit Sitz und Tätigkeit in  
Baden-Württemberg, bei dem er/sie beabsichtigt, als Trauer-  
begleiter/in tätig zu werden.

## 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 Teilnehmeregebühren 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, Gesundheit 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, Gesundheit und Integration ein. Die Einwilligung kann jederzeit gegenüber dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten Daten wird hiervon nicht berührt.

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular samt Anlagen an:

Ministerium für Soziales, Gesundheit 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)