

## Checkliste zur Beantragung eines Fortbildungsgutscheins

### Abholung des Fortbildungsgutscheins

Die persönliche Abholung des Gutscheins durch den Teilnehmenden ist erforderlich.

Wir benötigen ca. 30 – 45 Minuten für die Vergabe des Gutscheins.

Bitte bringen Sie zum vereinbarten Termin im Original und ausgefüllt folgende Formulare mit:

- **Formular für Betriebe**
- **Formular für Teilnehmende**
- **Freistellungserklärung für den Teilnehmenden**
- **Fragebogen für Teilnehmende an einem Hamburger ESF-Projekt**

Bei Abholung des Gutscheins benötigen wir ferner von Ihnen folgende Unterlagen zur Einsicht:

- **Personalausweis**
- **Arbeitsvertrag**
- **Zulassungsbestätigung des Bildungsträgers**

Nur bei Vollständigkeit Ihrer Unterlagen kann ein Fortbildungsgutschein ausgestellt werden.



**Europäische Union**

Europäischer Sozialfonds ESF  
Chancen nutzen, Beschäftigung sichern!



**Formular für Betriebe** (Fortbildung)

Bitte füllen Sie die Formblätter vollständig in Druckbuchstaben aus und kreuzen Sie Zutreffendes an!

**Hinweis für teilnehmende Betriebe**

Sie bewerben sich für ein Projekt, das anteilig aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds (ESF) und der Stadt Hamburg finanziert wird. Für die Prüfung der eingesetzten Fördermittel und zu Berichtszwecken werden daher Daten erhoben, die über die Teilnehmenden, deren Arbeitgeber, den Durchführungsstand, den Erfolg der Fortbildung und damit den erfolgreichen Einsatz von öffentlichen Mitteln Auskunft geben. Diese Angaben werden personengebunden bzw. betriebsbezogen von der Hamburgischen Pflegegesellschaft erfasst und ausschließlich für die projektbezogene Abwicklung verwendet. Wir bitten Sie, die anliegende Einverständniserklärung zu unterschreiben. Sie wird zusammen mit der Liste der Teilnehmenden Bestandteil unserer Berichtsunterlagen. Prüfende des Landesrechnungshofes sowie der Freien und Hansestadt Hamburg können zur Überprüfung des ordnungsgemäßen Einsatzes von öffentlichen Mitteln jederzeit Einsicht in die Unterlagen nehmen.

**Betriebsbezogene Daten**

Einrichtung  <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> teilstationär	Anschrift	Ansprechpartner/in im Betrieb <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Tel.	E-Mail	Verbandszugehörigkeit

**Betriebsgröße** (Bitte Teilzeitstellen in Vollzeit umrechnen)

- 5 - 19 Vollzeitbeschäftigte     20 – 49 Vollzeitbeschäftigte  
 50 - 99 Vollzeitbeschäftigte     100- 250 Vollzeitbeschäftigte

**Ausbildungsbetrieb**

- bisher keine Ausbildung     bis zu 4 Ausbildungsplätze  
 5 – 10 Ausbildungsplätze     mehr als 10 Ausbildungsplätze

**Einwilligungserklärung Betrieb**

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die für die projektbezogene Abwicklung der „4. Hamburger Qualifizierungsoffensive in der Altenpflege“ erforderlichen Angaben über unseren Betrieb von der projektleitenden Stelle bei der HPG erhoben, verarbeitet und an die einzelnen Institutionen (Behörden der Freien und Hansestadt Hamburg, ESF sowie Fortbildungsstätten) weitergegeben werden dürfen. Eine Weitergabe an andere als die genannten Institutionen darf nicht erfolgen. Ich erkläre mich außerdem damit einverstanden, dass meine betriebsbezogenen Daten zur Überprüfung des Projektes durch den Projektträger anonymisiert ausgewertet werden dürfen. Die Daten werden ausschließlich für die Abwicklung im Rahmen des Projektes verwendet. Bei der Verwendung der Daten werden die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) eingehalten. Die Einwilligungserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort; Datum
Unterschrift/ Stempel der Einrichtung



**Europäische Union**  
 Europäischer Sozialfonds ESF  
 Chancen nutzen, Beschäftigung sichern!



**Formular für Teilnehmende (Fortbildung)**

Bitte füllen Sie die Formblätter vollständig und in Druckbuchstaben aus und kreuzen Sie Zutreffendes an!

**Hinweis für Teilnehmende**

Sie bewerben sich für ein Projekt, das anteilig aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds (ESF) und der Stadt Hamburg finanziert wird. Für die Prüfung und zu Berichtszwecken werden daher Daten erhoben, die über die Teilnehmenden, den Durchführungsstand und den Erfolg der Ausbildung und damit den erfolgreichen Einsatz von öffentlichen Mitteln Auskunft geben. Von Ihnen benötigen wir aus diesem Grund personengebundene Daten. Diese Angaben werden von der Hamburgischen Pflegegesellschaft erfasst und an die Behörden der Freien und Hansestadt Hamburg sowie die durchführenden Fortbildungsstätten weitergegeben. Wir bitten Sie, die anliegende Einverständniserklärung zu unterschreiben. Sie wird zusammen mit der Liste der Teilnehmenden Bestandteil unserer Berichtsunterlagen. Prüfende des Landesrechnungshofes sowie der Freien und Hansestadt Hamburg können zur Überprüfung des ordnungsgemäßen Einsatzes von öffentlichen Mitteln jederzeit Einsicht in die Unterlagen nehmen.

**Personenbezogene Angaben**

Name  <input type="checkbox"/> Frau  <input type="checkbox"/> Herr	Vorname	Geburtsdatum	
		Erworben am	in
Derzeitiges Arbeitsverhältnis als	Abgeschlossene Berufsausbildung	Ausbildungsdauer in Monaten	

**Einwilligungserklärung**

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die für die projektbezogene Abwicklung der „4. Hamburger Qualifizierungsoffensive in der Altenpflege“ erforderlichen Angaben über meine Person von der projektleitenden Stelle bei der HPG erhoben, verarbeitet und an die einzelnen beteiligten Institutionen (Behörden der Freien und Hansestadt Hamburg, ESF sowie Fortbildungsstätten) weitergegeben werden dürfen. Eine Weitergabe an andere, als die genannten Institutionen darf nicht erfolgen. Ich erkläre mich außerdem damit einverstanden, dass meine Daten zur Überprüfung des Verlaufes des Projektes durch den Projektträger anonymisiert ausgewertet werden dürfen. Die Daten werden ausschließlich für die Abwicklung im Rahmen dieses Projektes verwendet. Die Einwilligungserklärung kann jederzeit widerrufen werden. Bei der Verwendung der Daten werden die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) eingehalten.

Ort; Datum
Unterschrift



**Europäische Union**

Europäischer Sozialfonds ESF  
Chancen nutzen, Beschäftigung sichern!



**Freistellungserklärung für den Teilnehmenden (vom Arbeitgeber auszufüllen) (Fortbildung)**

Bitte füllen Sie die Formblätter vollständig und in Druckbuchstaben aus und kreuzen Sie Zutreffendes an!

**Hinweis für Betriebe zur Freistellung von Teilnehmenden**

Im Rahmen des Projektes verpflichten sich Arbeitgeber, deren Mitarbeiter an einer Fortbildung teilnehmen, diese entsprechend der rechtlichen Vorgaben freizustellen. Die Freistellung zur Fortbildung während der Arbeitszeit ist Voraussetzung für die Projektförderung. Arbeitgeber verpflichten sich ferner, die für eine Teilnahme am Projekt erforderlichen Nachweise für die entstandenen Freistellungskosten zu erbringen. Bei Kündigung des Arbeitsverhältnisses oder Abbruch der Fortbildung ist der Projektträger umgehend zu informieren. Nicht rechtmäßig gezahlte Fördergelder können ggf. vom Bildungsträger zurückgefordert werden, es gelten dann die Vertragsbedingungen der Fortbildungsstätte. Weitere Informationen entnehmen Sie dem Informationsschreiben „Fortbildung“.

**Freistellungserklärung für die Fortbildung**

- zum/zur staatlich anerkannten Praxisanleiter/in (300h)
- zur staatlich anerkannten Verantwortlichen Pflegefachkraft (500h)
- zur staatlich anerkannten Leitenden Pflegefachkraft (300h)
- zum/zur staatlich anerkannten Einrichtungsleiter/in (400h)
- zur staatlich anerkannten Fachpflegekraft in der Gerontopsychiatrischen Pflege (400h)
- zur staatlich anerkannten Koordinierenden Fachpflegekraft in der Gerontopsychiatrischen Pflege (400h)
- für Palliative Care (160h)

Hiermit verpflichten wir uns, unsere Mitarbeiterin/unseren Mitarbeiter

Name	Vorname	Geburtsdatum

für die Dauer der Durchführung der Fortbildung den gesetzlichen Vorgaben entsprechend freizustellen. Im Falle einer notwendigen Wiederholungsprüfung wird eine Freistellung über die regulär vorgesehene Stundenzahl hinaus gewährleistet.

Hiermit bestätigen wir, dass unsere Mitarbeiterin/ unser Mitarbeiter mit einer Wochenarbeitszeit von \_\_\_\_\_ Stunden bei uns beschäftigt ist. Diese deckt mindestens die Freistellung der Fortbildungszeit ab. Veränderung müssen umgehend an den Projektträger gemeldet werden.

Ort, Datum
Unterschrift/ Stempel der Einrichtung



**Europäische Union**  
 Europäischer Sozialfonds ESF  
 Chancen nutzen, Beschäftigung sichern!

