

Antrag auf Förderung einer Fortbildung im Rahmen palliativer Versorgung

Name, Vorname:

Genaue Bezeichnung: <i>(bitte Kursinhalt mitschicken!)</i>	Ort:	
	Zeitraum: von	bis

E-Mailadresse:			
Berufliche/ Ehrenamtliche Tätigkeit:			
Arbeitgeber/ Verein/ Institution: <i>(Adresse und Firmen-/ Vereinsstempel)</i>			
Art der Anstellung:	☐ befristet	☐ unbefristet	
Berufs-, Ehrenamtserfahrung (Jahre):			
Förderung durch Arbeitgeber/ Verein/ Institution:	☐ trägt die restlichen Kosten	☐ bezahlt Teilnehmer als Arbeitszeit	
Zertifiziert durch: <i>Die Zertifizierung durch den entsprechenden Fachverband ist Voraussetzung für die Fördermöglichkeit!</i>	☐ DGP	☐ DHPV	☐ BVT
Veranstalter:	☐ sonstige		
Kursgebühren:			

Wichtiger Hinweis:			
Für die Abrechnung (anteilige Kostenerstattung) benötigen wir den Rechnungsbeleg (eingescannte Originalrechnung mit „Bezahl“-Vermerk). Bitte notieren Sie auf der Rechnung Ihre Bankverbindung! Bei Abbruch des Kurses wird der anteilige Förderbetrag zurückgefordert!			
Ich erkläre hiermit, dass ich die seitens des PKDs übernommenen Kosten im Zusammenhang mit dieser Veranstaltung nicht steuermindernd angeben werde. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Grundlage der DSGVO Art. 6 Abs. 1 lit.f (berechtigtes Interesse zur Bearbeitung Ihres Antrages). Ihre Daten bleiben solange gespeichert, bis der Zweck erfüllt ist, sofern dem keine gesetzlichen Bestimmungen entgegenstehen. Sie erteilen hiermit Ihre Einwilligung in die Speicherung und Nutzung Ihrer Daten zu o.g. Zweck. Sie haben u.a. das Recht auf Widerruf und/oder Löschung Ihrer Daten gemäß DSGVO Art. 12-23 (Rechte der betroffenen Person).			
Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller	Ort, Datum	Unterschrift Geschäftsführung PKD
		☐ genehmigt	☐ nicht genehmigt

Antrag per Mail versenden an Organisationsfachkraft: marx@pkd-coesfeld.de

Erstellt durch: Alina Marx	Freigabe durch: Michael Gössling	Stand: 11.03.2026	Seite 1 von 1
-------------------------------	-------------------------------------	----------------------	---------------