

Anlage B zum Antrag vom:

(Für **Fortbildungsmaßnahmen** in stationären, ambulanten und teilstationären Einrichtungen und Krankenhäusern)

- ☐ Fortbildung für Mitarbeitende in stationärer Pflegeeinrichtung (Ziffer 3)
- ☐ Fortbildung für Mitarbeitende in ambulanter Pflegeeinrichtung (Ziffer 1d)
- ☐ Fortbildung für Mitarbeitende in teilstationärer Pflegeeinrichtung (Ziffer 1d)
- ☐ Fortbildung für Mitarbeitende im Krankenhaus (Ziffer 3)

Name der Einrichtung (Angaben bitte nur für jeweils eine Einrichtung):

1. Für Anträge aus der ambulanten Pflege:

Anzahl der Vollzeitkräfte zum 01.01. des Jahres: _____

2. Für Anträge aus der stationären Pflege und teilstationären Pflege:

Anzahl der Plätze zum 01.01. des Jahres: _____

3. Für Anträge aus dem Krankenhaus:

Anzahl der Plätze zum 01.01. des Jahres: _____

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass nur vom DWiN als förderfähig anerkannte Fortbildungsmaßnahmen durchgeführt und mit dem DWiN abgerechnet werden.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift