

care for care Hamburg. Qualifizierung in der Pflege

Projekt der Arbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege Hamburg e. V. (AGFW)

Burchardstraße 19 • 20095 Hamburg

Telefon: 040 - 60 77 46 5 20 • E-Mail: careforcare@agfw-hamburg.de

Wie beantrage ich einen Fortbildungsgutschein?

Erledigt?

1. Rufen Sie uns an oder schicken Sie uns eine E-Mail mit Ihrem Fortbildungswunsch.

Telefon: 040 – 60 77 46 5 20

E-Mail: careforcare@agfw-hamburg.de

2. Wir besprechen gemeinsam mit Ihnen, ob Sie die Voraussetzungen für eine Fortbildungsförderung erfüllen und ob Gutscheine verfügbar sind. Trifft dies zu, wählen Sie Ihre gewünschte Förderung aus dem Angebot von care for care Hamburg.

3. Sie melden sich verbindlich beim Bildungsträger an und informieren diesen über die Förderung, damit der Bildungsträger uns eine Zulassungsbestätigung schickt.

4. Sie füllen gemeinsam mit Ihrem Arbeitgeber alle Antragsformulare vollständig aus.

Die für den Antrag erforderlichen Unterlagen erhalten Sie von uns per E-Mail.

5. Verpflichtend: Sie rufen uns innerhalb von 14 Tagen nach Gutscheinreservierung an und wir besprechen mit Ihnen ausführlich alles Wichtige in Bezug auf den Förderrahmen (wenn dies bei der Reservierung noch nicht erfolgt ist).

6. Sie senden die ausgefüllten Antragsformulare per Post an:

Arbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege Hamburg e.V.

care for care Hamburg

Burchardstraße 19

20095 Hamburg

Sie erhalten im Anschluss den Gutschein per Post von uns.

Haben Sie weitere Fragen, nehmen Sie gerne Kontakt mit uns auf. Wir unterstützen Sie auf dem Weg zu Ihrem Fortbildungsgutschein.

Das Projekt „care for care Hamburg. Qualifizierung in der Pflege“ wird von der Europäischen Union und von der Freien und Hansestadt Hamburg finanziert.



Kofinanziert von der
EUROPÄISCHEN UNION



care for care Hamburg. Qualifizierung in der Pflege

Projekt der Arbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege Hamburg e. V. (AGFW)

Burchardstraße 19 • 20095 Hamburg

Telefon: 040 - 60 77 46 5 20 • E-Mail: careforcare@agfw-hamburg.de

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung der Pflegeeinrichtung (vom Arbeitgeber auszufüllen)

Ihr/e Mitarbeiter/in nimmt an einem Projekt teil, das von der Europäischen Union und von der Freien und Hansestadt Hamburg (FHH) finanziert wird. Zur Prüfung der eingesetzten Fördermittel und zu Berichtszwecken werden Daten erhoben, die über die Teilnehmenden, deren Arbeitgeber, den Durchführungsstand, den Erfolg der Fortbildung und damit über den erfolgreichen Einsatz von öffentlichen Mitteln Auskunft geben. Diese Angaben werden personen- bzw. betriebsbezogen von der Arbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege Hamburg e.V. (AGFW) erfasst und ausschließlich für die Abwicklung des Projektes verwendet.

| |
|--|
| Bitte füllen Sie diese Datenschutzerklärung vollständig und in Druckbuchstaben aus und kreuzen Sie Zutreffendes an! |
| Angaben zur Pflegeeinrichtung |
| Name: |
| Straße: Haus-Nr..... |
| PLZ: Ort: |
| Verbandszugehörigkeit des Betriebes: |
| Art der Einrichtung: <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> teilstationär <input type="checkbox"/> stationäre Langzeitpflege <input type="checkbox"/> stationäre Akutpflege <input type="checkbox"/> Hospiz |
| Betriebsgröße (Bitte Teilzeitstellen in Vollzeit umrechnen) |
| <input type="checkbox"/> 5 – 19 Vollzeitbeschäftigte <input type="checkbox"/> 20 – 49 Vollzeitbeschäftigte <input type="checkbox"/> mehr als 250 Vollzeitbeschäftigte <input type="checkbox"/> 50 – 99 Vollzeitbeschäftigte <input type="checkbox"/> 100 – 250 Vollzeitbeschäftigte |
| Anzahl Ausbildungsplätze |
| <input type="checkbox"/> bisher keine Ausbildung <input type="checkbox"/> 5 – 10 Ausbildungsplätze <input type="checkbox"/> bis zu 4 Ausbildungsplätze <input type="checkbox"/> mehr als 10 Ausbildungsplätze |
| Kontaktdaten Ansprechpartner/in |
| Anrede: <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> divers Name / Vorname: |
| Telefon: E-Mail: |

Hiermit erklären wir uns einverstanden, dass die für die Abwicklung des Projektes **care for care Hamburg** erforderlichen Angaben über unseren Betrieb von der projektleitenden Stelle bei der AGFW 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. Wir erklären uns außerdem einverstanden, dass unsere Daten zur Überprüfung des Projektes durch den Projektträger anonymisiert ausgewertet werden dürfen. Bei der Verarbeitung der personenbezogenen Daten werden die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bzw. der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) eingehalten. Die Einwilligungserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

| | |
|-----------------------------|--|
| Ort / Datum | Unterschrift und Stempel der Pflegeeinrichtung |
|-----------------------------|--|

Das Projekt „care for care Hamburg. Qualifizierung in der Pflege“ wird von der Europäischen Union und von der Freien und Hansestadt Hamburg finanziert.



Kofinanziert von der
EUROPÄISCHEN UNION



care for care Hamburg. Qualifizierung in der Pflege

Projekt der Arbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege Hamburg e. V. (AGFW)

Burchardstraße 19 • 20095 Hamburg

Telefon: 040 - 60 77 46 5 20 • E-Mail: careforcare@agfw-hamburg.de

Freistellungserklärung für Projektteilnehmende (vom Arbeitgeber auszufüllen!)

Ihr/e Mitarbeiter/in nimmt an einem Projekt teil, das von der Europäischen Union und von der Freien und Hansestadt Hamburg (FHH) finanziert wird. Die Freistellung zur Fortbildung während der Arbeitszeit ist Voraussetzung für die Projektförderung. Hiermit verpflichten Sie sich als Arbeitgeber, Ihren/Ihre Mitarbeiter/in im Rahmen des Projektes für die Dauer der Fortbildung freizustellen. Die gesamte Kurszeit wird als Arbeitszeit angerechnet. Sie verpflichten sich ferner, die für eine Teilnahme am Projekt erforderlichen Gehaltsnachweise zur Ermittlung der entstandenen Freistellungskosten zu erbringen. Bei Kündigung des Arbeitsverhältnisses, Krankheit, Wegfall der Freistellung und bei Abbruch der Fortbildung, ist der Projektträger umgehend zu informieren. Nicht rechtmäßig gezahlte Fördergelder kann der Projektträger ggf. vom Bildungsträger zurückfordern, es gelten dann die Vertragsbedingungen des Bildungsträgers. Weitere Informationen entnehmen Sie dem „Informationsschreiben für Teilnehmende und Pflegebetriebe zur Vergabe von Fortbildungsgutscheinen“.

Hiermit verpflichten wir uns, unsere Mitarbeiterin/unseren Mitarbeiter für die Dauer der Fortbildung gemäß den gesetzlichen Vorgaben freizustellen. Im Falle einer zu wiederholenden Abschlussprüfung der Fortbildung wird eine Freistellung über die reguläre Stundenzahl hinaus gewährleistet.

| | | |
|--|-----------------|----------------------|
| Name: | Vorname: | Geburtsdatum: |
| Wochenarbeitszeit: Wir bestätigen ferner, dass unser/e Mitarbeiter/in mit einer Wochenarbeitszeit von <input type="text"/> Stunden bei uns beschäftigt ist. Diese deckt mindestens die Freistellung der Fortbildungszeit ab. Veränderungen müssen umgehend dem Projektträger gemeldet werden. | | |
| Freistellung für folgende Leitungsqualifizierung: <input type="checkbox"/> Leitungsqualifizierung Aufbau (340 h) | | |
| Freistellung für folgende fachspezifische Fortbildung: <input type="checkbox"/> Palliative Care Modul 1 (40 h) <input type="checkbox"/> Palliative Care Modul 2 (120 h) <input type="checkbox"/> Spiritual Care (88 h) <input type="checkbox"/> Basiswissen Geriatrie (40 h) <input type="checkbox"/> Gewaltprävention (80 h) <input type="checkbox"/> Wundexpert*in ICW (56 h) <input type="checkbox"/> Schmerzmanagement / Pain Nurse (48-52 / 128 h) <input type="checkbox"/> Basiswissen Hygiene / Hygienebeauftragte/r in der Pflege (40 h) <input type="checkbox"/> Praxisanleitung* (300 h) | | |
| Freistellung für folgende Fortbildung im Bereich der Assistenz: <input type="checkbox"/> Pflegeassistenz Qualifikationsniveau 2 (200 h) | | |

***Zur Praxisanleitung:** Sofern eine Freistellung für die Praxisanleitung erfolgt, versichern wir, dass die (Fortbildungs-) Kosten für die Praxisanleitung zum Zeitpunkt des Kursstartes nicht bereits über den Ausgleichsfonds des Landes oder als bloße Praxiseinsatzstelle im Rahmen von bilateralen Kostenerstattungen refinanziert werden.

| | |
|-----------------------------|--|
| Ort / Datum | Unterschrift und Stempel der Pflegeeinrichtung |
|-----------------------------|--|

Das Projekt „care for care Hamburg. Qualifizierung in der Pflege“ wird von der Europäischen Union und von der Freien und Hansestadt Hamburg finanziert.



Kofinanziert von der
EUROPÄISCHEN UNION



care for care Hamburg. Qualifizierung in der Pflege

Projekt der Arbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege Hamburg e. V. (AGFW)
Burchardstraße 19 • 20095 Hamburg
Telefon: 040 - 60 77 46 5 20 • E-Mail: careforcare@agfw-hamburg.de

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für Projektteilnehmende - Seite 1

(von den Teilnehmenden auszufüllen)

Sie nehmen an einem Projekt teil, das von der Europäischen Union und von der Freien und Hansestadt Hamburg (FHH) finanziert wird. Zur Gewährung dieser Mittel ist es notwendig, dass Informationen von jedem Teilnehmenden erhoben werden. Diese Angaben werden vor allem benötigt, damit die Sozialbehörde ihren ordnungsgemäßen Berichts- und Bewertungspflichten gegenüber der Europäischen Union (EU) nachkommen kann. Wir als Projektträger sind deshalb verpflichtet, entsprechende Daten abzufragen, die über die Teilnehmenden, deren Arbeitgeber, den Durchführungsstand sowie über den Erfolg der Fortbildung Auskunft geben und zu Berichtszwecken dienen und auch als Nachweis zur Prüfung der eingesetzten Fördermittel dienen. Diese Angaben werden personen- bzw. betriebsbezogen von der Freien Wohlfahrtspflege Hamburg e.V. (AGFW) erfasst und ausschließlich für die Abwicklung des Projektes verwendet.

| | |
|--|--|
| Bitte füllen Sie diese Datenschutzerklärung vollständig und in Druckbuchstaben aus und kreuzen Sie Zutreffendes an! | |
| Name: | Vorname: |
| Geburtsdatum: | Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> nicht binär |
| Straße und Hausnummer: | |
| Postleitzahl: | Ort: |
| Telefonnummer: | E-Mail-Adresse: |

| | |
|--|---|
| 1. Abgeschlossene Berufsausbildung als: | |
| <input type="checkbox"/> Altenpfleger/in | <input type="checkbox"/> Altenpflegehelfer/in |
| <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpfleger/in | <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Pflegeassistent |
| <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | <input type="checkbox"/> Krankenpflegehelfer/in |
| <input type="checkbox"/> Pflegefachfrau/mann | |
| <input type="checkbox"/> Pflegefachfrau/mann (Bachelor of Science) | (andere Berufsausbildung/Studium) |
| Ausbildung erworben im Jahr: | |
| Ausbildung erworben in: (Bundesland) (Land) | |

Das Projekt „care for care Hamburg. Qualifizierung in der Pflege“ wird von der Europäischen Union und von der Freien und Hansestadt Hamburg finanziert.



Kofinanziert von der
EUROPÄISCHEN UNION



care for care Hamburg. Qualifizierung in der Pflege

Projekt der Arbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege Hamburg e. V. (AGFW)
Burchardstraße 19 • 20095 Hamburg
Telefon: 040 - 60 77 46 5 20 • E-Mail: careforcare@agfw-hamburg.de

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für Projektteilnehmende - Seite 2 (von den Teilnehmenden auszufüllen)

2. Derzeitiges Arbeitsverhältnis als (z.B. Pflegefachkraft, Wohnbereichsleitung, Pflegedienstleitung):

.....

3. Welches ist der höchste Bildungsabschluss, den Sie besitzen (z. B. Hauptschulabschluss, Realschulabschluss, Fachabitur, Abitur, Examen im Gesundheitswesen, Bachelor, Master)?

.....

4. Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis oder einen gleichwertigen amtlichen Nachweis?

Durch Ankreuzen der Auswahl „Keine Angabe“ können Sie die Auskunft zu dieser Frage verweigern, ohne dass dies zu einem Projektausschluss führt.

ja nein keine Angabe

5. Welche der folgenden Aussagen trifft bezüglich der Staatsangehörigkeit auf Sie zu?

- Ich besitze die Staatsangehörigkeit eines EU-Mitgliedsstaates
- Ich besitze eine andere Staatsangehörigkeit (Drittstaatsangehöriger)
- Ich habe die deutsche Staatsangehörigkeit und ich habe einen Migrationshintergrund (d. h. ich bin nicht in Deutschland geboren und nach 1949 nach Deutschland zugewandert und/oder ein Elternteil ist nicht in Deutschland geboren und nach 1949 nach Deutschland zugewandert)
- Ich habe die deutsche Staatsangehörigkeit und habe keinen Migrationshintergrund (im obenstehenden Sinne)

6. Gehören Sie einer in Deutschland anerkannten Minderheit an?

(Zu den in Deutschland anerkannten Minderheiten zählen Sinti und Roma, die Sorben, die Friesen und die dänische Minderheit in Schleswig-Holstein, jeweils mit deutscher Staatsangehörigkeit).

Durch Ankreuzen der Auswahl „Keine Angabe“ können Sie die Auskunft zu dieser Frage verweigern, ohne dass dies zu einem Projektausschluss führt.

ja nein keine Angabe

Das Projekt „care for care Hamburg. Qualifizierung in der Pflege“ wird von der Europäischen Union und von der Freien und Hansestadt Hamburg finanziert.



Kofinanziert von der
EUROPÄISCHEN UNION



care for care Hamburg. Qualifizierung in der Pflege

Projekt der Arbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege Hamburg e. V. (AGFW)
Burchardstraße 19 • 20095 Hamburg
Telefon: 040 - 60 77 46 5 20 • E-Mail: careforcare@agfw-hamburg.de

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für Projektteilnehmende - Seite 3 (von den Teilnehmenden auszufüllen)

7. Erhebung des Alleinerziehenden-Status

Um die Personengruppe der Alleinerziehenden bestmöglich fördern zu können, wünscht die Stadt Hamburg die Beantwortung folgender Frage:

Sind Sie alleinerziehend?

ja nein keine Angabe

(Durch Ankreuzen der Auswahl „Keine Angabe“ können Sie die Auskunft zu dieser Frage verweigern, ohne dass dies zu einem Projektausschluss führt.)

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die für die Abwicklung des Projektes **care for care Hamburg** erforderlichen Angaben über meine Person von der projektleitenden Stelle bei der AGFW erhoben, verarbeitet und an die einzelnen beteiligten Institutionen (Behörden der Freien und Hansestadt Hamburg, ESF sowie Bildungsträger) weitergegeben werden dürfen; entsprechendes gilt für eine etwaige Rechtsnachfolge. Eine Weitergabe an andere als die genannten Institutionen darf nicht erfolgen. Ich erkläre mich außerdem damit einverstanden, dass meine Daten zur Überprüfung des Projektes durch den Projektträger pseudonymisiert ausgewertet werden dürfen. Bei der Verarbeitung der personenbezogenen Daten werden die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bzw. der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) eingehalten. Die Einwilligungserklärung kann jederzeit widerrufen werden:

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift der teilnehmenden Person

Vom Projektträger auszufüllen:

INEZ-Nummer:

Teilnehmenden-Nummer:

Das Projekt „care for care Hamburg. Qualifizierung in der Pflege“ wird von der Europäischen Union und von der Freien und Hansestadt Hamburg finanziert.



Kofinanziert von der
EUROPÄISCHEN UNION

