



**Gesuch um Ausbildungsbeiträge im Bereich Pflege für Personen mit zivilrechtlichem Wohnsitz in Appenzell Ausserrhoden** (gestützt auf Art. 8 ff. der Förderverordnung Pflegeausbildung [FöPA; bGS 811.16])

**Personalien**

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_

Adresszusatz \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Haben Sie minderjährige oder in Ausbildung stehende Kinder, für welche Sie unterhaltspflichtig sind?

Ja

Nein

Kinder: Name Vorname (Geburtsdatum) .....

.....

.....

Bitte legen Sie Ihrem Gesuch einen Beleg zur Unterhaltspflicht bei (Familienbüchlein; bei Kindern über 18 Jahren ausserdem Ausbildungsbestätigung).

**Bankverbindung**

IBAN Nummer \_\_\_\_\_

Name der Bank \_\_\_\_\_

Sitz der Bank \_\_\_\_\_

Name Kontoinhaber/in \_\_\_\_\_

**Ausbildungsstätte**

Ausbildungsgang  Zweijähriger Bildungsgang Pflege Höhere Fachschule (HF)

Dreijähriger Bildungsgang Pflege Höhere Fachschule (HF)

Dreijähriger Bachelorstudiengang Pflege Fachhochschule (FH)

Name der Ausbildungsstätte \_\_\_\_\_

Studienbeginn \_\_\_\_\_

Geplanter Abschluss \_\_\_\_\_



## Ausbildungsbetrieb

Art  Spital  
 Pflegeheim  
 Spitex-Organisation

Name des Betriebs \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

## Beizulegende Dokumente

### (Bitte ankreuzen)

- Studienbestätigung / Immatrikulationsbestätigung
- Kopie ID / Pass
- Wohnsitzbestätigung
- Arbeitsvertrag Ausbildungsbetrieb
- Bei Kindern: Kopie Familienbüchlein; für Kinder über 18 Jahren zusätzlich Ausbildungsbestätigung

## Erklärung und Unterschrift

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass

- meine Angaben vollständig und richtig sind,
- ich jede Änderung der Verhältnisse (insbesondere den Abbruch der Ausbildung oder einen Wohnsitzwechsel) unverzüglich dem Amt für Gesundheit melde,
- mein Ausbildungsbetrieb ermächtigt ist, sämtliche für die Behandlung dieses Gesuchs notwendigen Informationen dem Amt für Gesundheit bekannt zu geben,
- ich zur Kenntnis nehme, dass zu Unrecht erhaltene Beiträge rückerstattungspflichtig sind.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift