



Gesuch um Ausbildungsbeiträge im Bereich Pflege für Grenzgängerinnen und Grenzgänger
(gestützt auf Art. 9 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).

Vergangene Tätigkeiten

In welchen Pflegeinstitutionen waren Sie die letzten zwei Jahre tätig? (Name Pflegeinstitution, Adresse)

Bitte legen Sie Arbeitszeugnisse oder Arbeitsbestätigungen der Pflegeinstitutionen, bei welchen Sie tätig waren, bei.

Bankverbindung

IBAN Nummer _____

Name der Bank _____

Sitz der Bank _____

BIC der Bank _____

Name Kontoinhaber/in _____



Ausbildungsstätte

Ausbildungsgang

Zweijähriger Bildungsgang Pflege Höhere Fachschule (HF)

Dreijähriger Bildungsgang Pflege Höhere Fachschule (HF)

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

Grenzgängerbewilligung

Arbeitsvertrag Ausbildungsbetrieb

Arbeitszeugnisse / Arbeitsbestätigungen über die Tätigkeiten in Pflegeinstitutionen der letzten zwei Jahre

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