**Verbindliche Anmeldung zur Qualifizierung von Projekt-Initiator\*innen für „Begleitungsprofile“ - hier zunächst: 20. - 23. 09. 2016**

**Name, Vorname:** ………………………………………………………………………

**Adresse:** ………………………………………………………………………

………………………………………………………………………

**Tel.:** ………………………………………………………………………

**Mail:** ………………………………………………………………………

**Freiwilligenprofil von Interesse:** ………………………………………………………

**Erfahrungen in Bezug auf Pflege** (privat und/oder im beruflichen Kontext)

…………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………..

**Beruflicher Hintergrund**

………………………………………………………………………………………………………………….

**Erfahrungen in und mit ehrenamtlichem/ bürgerschaftlichen Engagement**

…………………………………………………………………………………………………………………

**Motivation zur Teilnahme an der Qualifizierung zur Begleitung ehrenamtlich tätiger Pflege-/ Patienten-/ SeniorenbegleiterInnen**

………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………….

**Was ich in jedem Falle im ersten Seminar lernen möchte** (mögliche Themen im Anschreiben, wichtig: auch andere Themen können hier erwähnt werden, evtl. auf Rückseite notieren)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Bestätigungen (nicht zutreffendes bitte durchstreichen)**

X Ich melde mich verbindlich zum Seminar an – auch bei Nicht-Teilnahme fallen die Kosten für die Reservierung von Unterkunft/ Verpflegung an

X Ich habe vor, die Qualifizierung komplett besuchen (auch den kurzen Kurs im Frühjahr 2017)

X Ich nehme zur Kenntnis, dass Unkosten in Höhe von bis zu 300 € für Unterkunft und Verpflegung sowie Fahrtkosten anfallen, für die ich selber Sorge trage (Finanzierung evtl. über die Standorte möglich)

X Ich plane den Auf- und Ausbau einer Freiwilligen-Initiative ……………………………………………

X Ich bin damit einverstanden, dass die Arbeit als Projekt-InitiatorIn zu zweit stattfindet – selbst wenn ich derzeit keinen Tandempartner mitbringe

X Ich erhalte Unterstützung durch eine Organisation und bin hier angebunden

X Ich habe mich auf den Homepage [www.pflegebegleiter.de](http://www.pflegebegleiter.de) und

www. Patientenbegleitung-nrw.de über die Ziele und Inhalte informiert

X Ich möchte auch über meine Teilnahme an diesem einmaligen Angebot im Netzwerk Pflege-/ Patientenbegleitung (kostenfrei) eingebunden bleiben

X Ich habe vor, auch den zweiten Teil der Qualifizierung Ende 2017 zu besuchen und möchte das Zertifikat erhalten

X Ich bin damit einverstanden, dass alle im Zusammenhang mit dem Seminar entwickelten Lern- und Schulungsmaterialien zur Veröffentlichung freigegeben werden.

X Meine Organisation übernimmt der Kosten für Fahrt und Unterkunft/ Verpflegung

X Ich kann die Kosten für Unterkunft/ Verpflegung nicht selbst tragen, bitte um ein Stipendium, komme aber für die Fahrtkosten selbst auf.

**Persönliche Unterschrift:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Ort, Datum Unterschrift

**Unterschrift und Stempel der unterstützenden Organisation**

Adresse mit Ansprechpartner:…………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Ort, Datum Unterschrift