Antrag Auszahlung Weiterbildungsbeitrag

Der Antrag zur Auszahlung ist durch diejenige Person/Institution auszufüllen, welche die Kurskosten bezahlt und somit Empfänger:in des Weiterbildungsbeitrages ist.

Die Auszahlung des Weiterbildungsbeitrages erfolgt nach vorgängiger Anmeldung und deren Bestätigung durch palliative aargau. Im Falle einer finanziellen Beteiligung an den Weiterbildungskosten durch den Arbeitgeber bestätigt der/die Empfänger:in, dem Arbeitgeber seinen Anteil gemäss der mit ihm getroffenen Absprache weiterzugeben.

|  |  |
| --- | --- |
| **Referenz-Nr.** (gemäss Mail von palliative aargau) |  |

Kursteilnehmer:in / Kontaktperson Inhouse-Schulung

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |  | Vorname |  |

Arbeitgeber:in / Freiwilligenorganisation

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |  | Kontaktperson |  |

Empfänger:in Weiterbildungsbeitrag (= Bezahlung der Kurskosten)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kursteilnehmer:in | | Arbeitgeber:in | | Freiwilligenorganisation | |
| Name Finanzinstitut |  | | | | |
| IBAN-Nr. |  | | | | |
| Kontoinhaber Name, Vorname |  | | PLZ, Ort | |  |

Mit der Unterschrift bestätigt der/die Empfänger:in des Weiterbildungsbeitrages, den [Leitfaden](https://www.palliative-aargau.ch/fileadmin/user_upload/2025/WBB/Leitfaden_Weiterbildungsbeitraege_2025.pdf) sowie die [Datenschutzerklärung](https://www.palliative-aargau.ch/datenschutz) von palliative aargau zur Kenntnis genommen zu haben und mit beidem einverstanden zu sein.

Beilagen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kurszertifikat Kopie | Rechnung Kurskosten Kopie | Inhouse-Schulung: Präsenzliste |

palliative aargau informiert vier Mal jährlich zu Entwicklungen im Bereich Weiterbildungsbeiträge, zu öffent­lichen Veranstaltungen, zu Fachveranstaltungen und weiteren Themen.

|  |
| --- |
| Ich möchte den Newsletter von palliative aargau erhalten. |
|  |

Datum Unterschrift Empfänger:in Weiterbildungsbeitrag  
 (Stempel bei Arbeitgeber:in, Freiwilligenorganisation, Institution)

Wir bestätigen, dass die/der Kursteilnehmer:in für uns im Kanton Aargau tätig ist.

|  |
| --- |
|  |

Datum Unterschrift/Stempel Arbeitgeber:in, Freiwilligenorganisation

Bitte senden Sie den Antrag inkl. Beilagen per Mail an weiterbildung@palliative-aargau.ch oder per Post an palliative aargau, Laurenzenvorstadt 11, 5000 Aarau.

**Die vollständigen Unterlagen müssen bis spätestens 4 Wochen nach Kursabschluss eingereicht werden.**