

## Anmeldung Lehrgang Langzeitpflege und -betreuung 2025, Bern

Personalien	
Name, Vorname	
Adresse	
PLZ, Ort	
Tel. privat	
E-Mail privat	
Angaben für kant. Statistik	Geburtsdatum
für Schweizer:innen	Wohnkanton
für Ausländer:innen	Heimatland

Arbeitgeber:in	
Name der Institution	
Adresse	
PLZ, Ort	
Tel. Geschäft	
E-Mail Geschäft	
Art der Institution	

Ausbildung (Grundausbildung im Sozial- oder Gesundheitsbereich) Hinweis: Fachpersonen Betreuung bitte die Fachrichtung angeben		
Zeitraum	Fähigkeitszeugnis/Diplom als	Ausbildungsstätte
Bei ausländischer Grundausbildung Abschluss als		

Weiterbildungen (berufsspezifisch)		
Zeitraum	Weiterbildungskurs	Veranstalter

Voraussetzung für Fachpersonen Betreuung EFZ zum Erwerb des Abschlusszertifikates		
Zeitraum	Weiterbildungskurs	Veranstalter
	Behandlungspflege (mind. 11 Tage)	

Berufliche Tätigkeit nach der Grundausbildung			
Zeitraum	Berufliche Funktion	Arbeitgeber:in	Stellenprozent

**Der Kursbesuch wird innerhalb meiner Arbeitszeit gewährleistet**

ja                       teilweise                       nein

**Rechnungsempfänger:in**

Privat                       Institution

**Subventionen/kantonale Zusatzpauschale**

Absolvierende von Kursen, die auf eine eidgenössische Prüfung vorbereiten, erhalten vom Bund eine finanzielle Unterstützung. Über das Mittel der subjektorientierten Finanzierung werden 50 Prozent der Kursgebühren zurückerstattet. In Spezialfällen erteilt der Kanton Bern einen Zusatzbeitrag in Ergänzung zum Bundesbeitrag. Diese Regelung gilt für Angebote von vorbereitenden Kursen zu eidgenössischen Abschlüssen von erhöhtem öffentlichem Interesse im Bereich Gesundheit. Wichtige Voraussetzung: Die Rechnung muss vom/von der Teilnehmenden bezahlt und auf sie/ihn ausgestellt sein. Bitte bedenken Sie das beim Ankreuzen des Rechnungsempfängers.

**Weitere Informationen:**

<https://www.sbf.admin.ch/sbf/de/home/bildung/hbb/finanzierung.html> (Bundessubventionen)  
<https://www.odasante.ch/pruefungen/aktuell/kanton-bern-zusatzpauschale-in-ergaenzung-zum-bundesbeitrag/> (Kantonale Zusatzpauschale)

**Mitgliedschaft der Institution**

ja                       nein

Ich habe das Detailprogramm gelesen und bin mit den Rahmenbedingungen einverstanden.  
 Meine Anmeldung ist verbindlich.

Ort, Datum .....

Unterschrift .....

**Beilagen**

Fähigkeitszeugnis im Sozial- oder Gesundheitsbereich (Kopie)  
 Für Fachpersonen Betreuung: Kursbescheinigung Behandlungspflege (Kopie)

# Lehrgang Langzeitpflege und -betreuung

## Bestätigung Arbeitgeber:in

Hiermit bestätigen wir, dass wir Frau:Herrn ..... in ihrer:seiner Weiterbildung unterstützen und unseren Beitrag zu einem optimalen Lernerfolg leisten.

Wir sind besorgt, dass unser:e Mitarbeiter:in die nötigen Kompetenzen und Ressourcen im Zusammenhang mit den zu leistenden Kompetenznachweisen erhält.

**Den Hinweis zu den Subventionen/Kantonale Zusatzpauschale (siehe oben) haben wir zur Kenntnis genommen.**

Name der Institution

Datum und Unterschrift Vorgesetzte:r

.....

.....