|  |
| --- |
| **Allgemeine Angaben gem. § 5 PflAFinV** |
|  | **Vertretungsberechtigte Person** | **AnsprechpartnerEinrichtung** |  |  |
| **PE-Nr.** | **Name der Einrichtung** | **Straße** | **PLZ** | **Ort** | **Einrichtungsart:** | **Name** | **Name** | **Telefon/Fax** | **Email-Adresse** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 V = Vollstationär
 T = Teilstationär
 A = Ambulant
 K = Krankenhaus

|  |
| --- |
| **Angaben gem. Anlage 2 PflAFinV** |
| **voraussichtlicher Ausbildungsbeginn** | **Anzahl der geplanten Azubis** | **voraussichtlicher Ausbildungsbeginn** | **Anzahl der geplanten Azubis** | **Gesamtzahl der geplantenAzubis** | **vertraglich vorgesehene monatliche Bruttovergütung**  | **Voraussichtliches jährliches Arbeitgeberbrutto je Azubi**  |
| 01.04.2020 |  | 01.10.2020 |  |  |  |  |

**Meldung Auszubildende Pflegefachfrau/Pflegefachmann zum 01.10.2020**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lfd. Nr.** | **Name; Vorname** | **Geschlecht (m/w)** | **Geburtsdatum*(1)*** | **Ausbildungsjahr** **1 2 3** | **voraussichtlicher Ausbildungsbeginn(Datum)** | **voraussichtliches Ausbildungsende(Datum)** | **Zeitumfang in % *(2)*** | **vertraglich vorgesehene Ausbildungsvergütung je Azubi je Monat *(3)*** | **Voraussichtlicher Arbeitgeberbruttobetragje Azubi (jährlich) *(3)*** | **Voraussichtliche Finanzierung durch andere Stellen (4)** | **Art der Leistung** **(5)** | **Angabe der monatlichen Leistung** |
| 1 |  |  |  | X |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  | X |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  | X |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  | X |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  | X |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  | X |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  | X |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  | X |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  | X |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  | X |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  | X |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  | X |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  | X |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PE-Nr.** | **Name der Einrichtung** |
|  |  |

**Meldung Auszubildende Pflegefachfrau/Pflegefachmann zum 01.10.2020**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lfd. Nr.** | **Name; Vorname** | **Geschlecht (m/w)** | **Geburtsdatum*(1)*** | **Ausbildungsjahr** **1 2 3** | **voraussichtlicher Ausbildungsbeginn(Datum)** | **voraussichtliches Ausbildungsende(Datum)** | **Zeitumfang in % *(2)*** | **vertraglich vorgesehene Ausbildungsvergütung je Azubi je Monat *(3)*** | **Voraussichtlicher Arbeitgeberbruttobetragje Azubi (jährlich) *(3)*** | **Voraussichtliche Finanzierung durch andere Stellen (4)** | **Art der Leistung(5)**  | **Angabe der monatlichen Leistung** |
| 14 |  |  |  | X |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  | X |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  | X |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  | X |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  | X |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  | X |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  | X |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  | X |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  | X |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  | X |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  | X |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  | X |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(1) Bitte das Geburtsdatum zur eindeutigen Identifizierung angeben
(2) Eine Vollzeitstelle entspricht einem Umfang von 100 % -> Teilzeit ist dementsprechend prozentual anzugeben
(3) Sowohl die vertraglich vereinbarte Ausbildungsvergütung als auch das Jahres-Arbeitgeberbruttogehalt sind inkl. Jahressonderzahlungen (z.B. Weihnachts- bzw. Urlaubsgeld) anzugeben
(4) Bitte den Namen der finanzierenden Stelle angeben
(5) Anderweitig erhaltene Leistungen zur Finanzierung der Ausbildung, beispielsweise Fördermittel nach SGB III

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Ort, Datum Rechtsverbindliche Unterschrift