

Antrag auf Weiterbildungsstipendien der DDG

Antragsteller*in - Persönliche Angaben:		
Titel:		Geb. am:
Name, Vorname:		Geburtsort:
Straße, Hausnummer		
PLZ Wohnort:		
Telefon privat:		E-Mail:
Telefon dienstlich:		
Grundberuf/ Qualifizierung:		DDG Mitglied <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Antragsteller*in - Dienstanschrift:		
Name der Einrichtung:		
Abteilung:		
Straße, Hausnummer		<b style="color: red;">DDG Zertifizierung der Einrichtung: <u>Gültig</u> Ja <input type="checkbox"/> bis _____ Nein <input type="checkbox"/>
PLZ Ort:		
Anzahl behandelter Diabetespatient*innen/Jahr		Zertifizierung in Vorbereitung <input type="checkbox"/>
Ich befinde mich in beruflicher Umorientierung:	<input type="checkbox"/> ich möchte einen Diabetesschwerpunkt in meiner Praxis/Klinik etablieren <input type="checkbox"/> ich bin Diabetesassistent*in und möchte zum/r Diabetesberater*in aufstocken <input type="checkbox"/> ich möchte umschulen, da ich meinen Grundberuf nicht mehr ausüben kann <input type="checkbox"/> ich bin arbeitssuchend und erbringe die Praxisstunden als Praktikum	

Beantragte Förderung:		
Weiterbildung:	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Diabetesedukation DDG</u> <ul style="list-style-type: none"> - Diabetesassistent*in DDG (Modul 1-3) <input type="checkbox"/> - Diabetesberater*in DDG (Modul 1-7 + Wahlpflichtmodul) <input type="checkbox"/> - Aufbauqualifikation (Modul 4-7 + Wahlpflichtmodul) <input type="checkbox"/> • <u>Diabetolog*in DDG</u> <ul style="list-style-type: none"> - Kurs Klinische Diabetologie <input type="checkbox"/> - Kommunikationskurs <input type="checkbox"/> 	
Kursangebot 1. Wahl:	Veranstaltungsnummer:	Austragungsort:
Kursangebot Alternativ:	Veranstaltungsnummer:	Austragungsort:
Anmeldung bereits erfolgt:	<input type="checkbox"/> nein*/** <input type="checkbox"/> ja <p style="margin-left: 20px;">*<u>Ärztliche Bewerber*innen</u> melden sich zum Kurs Klinische Diabetologie über die DDG Homepage an und melden sich für die Kommunikationskurse direkt beim Anbieter an.</p> <p style="margin-left: 20px;">** Gesundheitsfachkräfte nutzen das Buchungsportal der DDG.</p>	<p style="color: red; margin-left: 20px;">*/** Bitte beachten Sie, Das Stipendiesuch ersetzt NICHT die Kursanmeldung. Diese muss von Ihnen direkt veranlasst werden.</p>
Nur für Bewerber*innen zur Weiterbildung Diabetesedukation		
Erbringung der Praxisstunden für die Abschlüsse der Diabetesedukation	<input type="checkbox"/> Ich erbringe die Praxisstunden an meinem Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> Ich erbringe die Praxisstunden am Praktikumsplatz mit Vergütung <input type="checkbox"/> Ich erbringe die Praxisstunden am Praktikumsplatz ohne Vergütung	
Freistellung für Theoriezeiten	<input type="checkbox"/> Für die Theoriestunden werde ich freigestellt mit Lohnausgleich <input type="checkbox"/> Für die Theoriestunden werde ich freigestellt ohne Lohnausgleich <input type="checkbox"/> Die Theoriestunden muss ich durch Ausgleichsstunden/Urlaubstage abdecken.	
Finanzierung:		
Rechnungsempfänger*in:	Antragsteller*in: <input type="checkbox"/> Arbeitgeber*in: <input type="checkbox"/> * <p style="color: red; margin-left: 20px;">* in dem Fall bitte den nächsten Abschnitt und Anlage ausfüllen</p>	Sonstige: <input type="checkbox"/> <hr style="width: 100%;"/> Bitte Angabe, wer ansonsten zahlt

Bestätigung des/r Arbeitgebenden:		
<input type="checkbox"/> Die Weiterbildung unseres/r Mitarbeitenden beruht auf seiner/ihrer Eigeninitiative <input type="checkbox"/> Wir begrüßen die Bewerbung unseres/r Mitarbeitenden für die diabetologische Weiterbildung, sehen uns aufgrund der wirtschaftlichen Situation unserer Einrichtung zum jetzigen Zeitpunkt jedoch nicht in der Lage, die Finanzierung der Weiterbildung zu übernehmen <i>(Bitte legen Sie die unterzeichnete Anlage „Fehlende Möglichkeit zur Kostenübernahme durch Arbeitgeber*in“, S. 5, vor).</i>		
Ich bitte um besondere finanzielle Berücksichtigung	<input type="checkbox"/> Härtefall <input type="checkbox"/> Förderung meiner strukturschwachen Region <input type="checkbox"/> Gefährdete diabetologische Versorgungssituation	Bitte begründen Sie schriftlich auf einem separaten Blatt.
Sind weitere Förderungen beantragt/bewilligt worden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, - wo? in welcher Höhe?
Ich wurde bereits durch die DDG gefördert.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Für welche Weiterbildung: _____
Unsere Einrichtung wurde bereits in einem früheren Fall durch die DDG gefördert.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	In welchem Jahr: _____
Unterschrift Antragstellende/r		
<p>Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und die Kenntnisnahme der Datenschutzrichtlinien der Deutschen Diabetes Gesellschaft. Ich bin mit dem Umgang mit meinen Daten und deren Verarbeitung im Rahmen der Stipendienvergabe einverstanden. Die DDG als Verantwortliche im Sinne des Datenschutzrechts versichert mir insoweit die Einhaltung der einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen.</p> <p>https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/datenschutz.html</p>		

Ort, Datum

Unterschrift Antragstellende/r

Mit dem Antragsformular einzureichende Unterlagen:

- Empfehlungsschreiben (optional)
- ggf. Anlage „Fehlende Kostenübernahme durch Arbeitgeber*in“ (siehe Seite 5)
- Schriftliche Darlegung bei Härtefällen

Bestätigung

über fehlende Möglichkeit zur Kostenübernahme durch Arbeitgeber*in

Wir begrüßen die Bewerbung unseres/r Mitarbeitenden _____
(Titel, Vorname, Name)
 für die diabetologische Weiterbildung _____ und halten die Kandidatin/
(Angabe Kursart)
 den Kandidaten für geeignet.

Wir sehen uns aufgrund folgender Gründe zum jetzigen Zeitpunkt nicht in der Lage, die Finanzierung der Weiterbildung zu übernehmen. *(Bitte geben Sie stichpunktartig die Gründe an.)*

a)	
b)	

Wir bestätigen, die oben genannten Gründe für die fehlende Kostenübernahme.

Geltend nur für Kurse Diabetesedukation:

Darüber hinaus bestätigen wir, dass die Freistellung für Theoriezeiten und die praktische diabetologische Betreuung gesichert sind.

Ort, Datum

Unterschrift *
Antragstellende/r

Unterschrift* / Stempel
Arbeitgeber*in

**Bitte beachten Sie, dass nur handschriftliche oder elektronische Signaturen anerkannt werden können.*