

**Antrag auf Übernahme der Schulgebühren
gemäß der Verordnung zur Schulgeldfreiheit in den Gesundheitsfachberufen
vom 15. Juli 2020 (GVBl. S. 505)**

Träger der Ausbildungsstätte

Kontaktdaten Ansprechpartner/in beim Antragsteller

(Wenn gewünscht, kann die Ausbildungsstätte als Ansprechpartnerin benannt werden und damit an diese künftig die Antragstellung sowie Mitteilungen über Änderungen und nach Ende des Ausbildungsjahres jeweils gem. § 3 Schulgeld-VO delegiert werden. Die Ausbildungsstätte erhält dann Kopien der jeweiligen Bescheide, die im Original dem Träger zugehen.)

Name der Ausbildungsstätte

Zahlungsempfänger

Bezeichnung der Bank

IBAN / BIC

Verwendungszweck

Ausbildungsberuf

Bezeichnung des Ausbildungsganges

Beginn des Ausbildungsjahres (tt.mm.jjjj)

Beginn / Ende der Ausbildung (jjjj/jjjj)

Anzahl der besetzten Ausbildungsplätze
im Ausbildungsjahr 19/20 zum 01.08.20

(bereits feststehende Änderungen [z. B. Abbrüche, Mutterschutzfrist] in gesonderter Übersicht darstellen)

Anzahl der besetzten Ausbildungsplätze
im Ausbildungsjahr 20/21

Schulgebühr im 1. Ausbildungsjahr zum 01.08.19 _____ €

Diesem Antrag sind beizufügen:

- die Ausbildungsverträge als Scan (in einer Datei)
- ggf. andere Nachweise über die Höhe der Schulgebühr zum 01.08.19 im 1. Ausbildungsjahr
- Schülerliste (gem. Vordruck)

Hiermit bestätige ich, dass die staatlich anerkannte Ausbildungsstätte nicht in der Trägerschaft eines Krankenhauses betrieben wird, die Schulgebühren der Ausbildung an o. g. Ausbildungsstätte in o. g. Beruf nicht durch einen anderen Kostenträger oder Dritte erstattet werden oder von den Auszubildenden erhoben werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Trägers der Ausbildungsstätte
(Stempel)