

Antrag auf Kostenübernahme

„Lebensrettende Sofort-Maßnahmen Schule“ (LSM)

Ä
Ä

Sie erreichen uns:
 Frau Redlich: Tel.: (0511) 8707-214 E-Mail: renete.redlich@guvh.de
 Frau Becker: Tel.: (0511) 8707-414 E-Mail: ludgera.becker@guvh.de

Gemeinde-Unfallversicherungsverband Hannover
Landesunfallkasse Niedersachsen
Geschäftsbereich Prävention
Am Mittelfelde 169
30519 Hannover

Betr.-Nr.: _____

Absender: _____

Ansprechpartner: _____

Telefonnummer: _____

Fax: _____

Email: _____

Datum / Unterschrift _____

Bitte den genehmigten Original-Antrag zur Abrechnung an die Ersthelferorganisation weiterleiten!

A Kostenübernahme-Antrag <small>Bitte beachten Sie, dass <u>pro Kurs</u> (Lehrgang oder Training) <u>ein Formblatt</u> auszufüllen ist!</small>	B Kostenübernahme-Zusage*																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 20%;">Gesamtanzahl Beschäftigte</th> <th style="width: 20%;">gewünschte Teilnehmerzahl</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Lehrkräfte</td> <td style="text-align: center;">Ä</td> <td style="text-align: center;">Ä</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Betreuungskräfte</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Sekretärinnen</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Hausmeister</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Schulassistenten/-innen</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Schulsozialarbeiter/-innen</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Gesamtanzahl Beschäftigte	gewünschte Teilnehmerzahl	Lehrkräfte	Ä	Ä	Betreuungskräfte			Sekretärinnen			Hausmeister			Schulassistenten/-innen			Schulsozialarbeiter/-innen			Die Kosten werden übernommen: <input type="checkbox"/> Ä^! • [} } } D <input type="checkbox"/> Ä^! • [} } } D <input type="checkbox"/> Ä^! • [} } } D <input type="checkbox"/> Ä^! • [} } } D <input type="checkbox"/> Ä^! • [} } } D
	Gesamtanzahl Beschäftigte	gewünschte Teilnehmerzahl																				
Lehrkräfte	Ä	Ä																				
Betreuungskräfte																						
Sekretärinnen																						
Hausmeister																						
Schulassistenten/-innen																						
Schulsozialarbeiter/-innen																						
Schülerzahl insgesamt: _____																						

!! ***Die Durchführung des Kurses MUSS innerhalb von 6 Monaten erfolgen. Danach erlischt die Kostenübernahme.** !!

Die Kosten werden übernommen _____

..... Ä^! • [} } } D

