

# Antrag auf Kostenübernahme

## Ersthelfer-Aus- und Fortbildung gem. UVV GUV-V A1

Gilt **NICHT** für pädagogisches Personal von Kindertageseinrichtungen und Schulen!

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  
 Internet: www.guvh.de

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

<b>Betr.-Nr.:</b>  (Wird vom Unfallversicherungsträger ausgefüllt)
<b>Absender</b> (vollständige Anschrift):     
<b>Ansprechpartner:</b> _____
<b>Telefonnummer:</b> _____
<b>Fax:</b> _____
<b>Email:</b> _____
_____ Datum / Unterschrift


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

<b>A Kostenübernahme-Antrag</b>				<b>B Kostenübernahme-Zusage*</b>	
Bitte beachten Sie, dass <u>pro Kurs</u> (Lehrgang oder Training) ein Formblatt auszufüllen ist!				<b>Die Kosten werden übernommen:</b>	
Betriebsteil <small>(z. B. Verwaltung, Bauhof, Hallenbad ...)</small>	Gesamtzahl Beschäftigte <small>(Angestellte und Arbeiter)</small>	Gewünschte Teilnehmerzahl		<input type="checkbox"/> für _____ Person(en) Grundkurs <input type="checkbox"/> für _____ Person(en) Training	
		Grundkurs 8 Do-Std.	Training 4 Do-Std.		
				<input type="checkbox"/> für _____ Person(en) Grundkurs <input type="checkbox"/> für _____ Person(en) Training	
				<input type="checkbox"/> für _____ Person(en) Grundkurs <input type="checkbox"/> für _____ Person(en) Training	
				<input type="checkbox"/> für _____ Person(en) Grundkurs <input type="checkbox"/> für _____ Person(en) Training	

!!

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

!!

<b>Die Kosten werden übernommen</b> (wird vom Unfallversicherungsträger ausgefüllt)	
<input type="checkbox"/> für _____ Person(en) Grundkurs (8 Do-Std.)	<input type="checkbox"/> für _____ Person(en) Training (4 Do-Std.)
 _____ Datum	_____ Stempel / Unterschrift