

4. Hamburger Qualifizierungsoffensive in der Altenpflege 2017 – 2021
Checkliste für Bewerberinnen und Bewerber
verkürzte Nachqualifizierung zum/zur Altenpfleger/in

1. Gespräch mit dem Arbeitgeber über die Freistellung zur Nachqualifizierung

2. Bewerbung an die HPG:

Hamburgische Pflegegesellschaft e. V.
Qualifizierungsoffensive
Franz Profener
Burchardstraße 19
20095 Hamburg

oder

Qualifizierungsoffensive@hpg-ev.de

Mit folgenden Bewerbungsunterlagen:

- Anschreiben
- Tabellarischer Lebenslauf
- Beglaubigte Kopie des Schulzeugnisses der allgemeinbildenden Schule
- Beglaubigte Kopie des Prüfungszeugnisses/Berufsurkunde des Berufsabschlusses in der Pflege
- Ggf. Nachweise der insgesamt zweijährigen Berufserfahrung in der Pflege bei Bewerber/Innen ohne pflegerische Erstausbildung in Form von Arbeitszeugnissen und Beschäftigungsnachweisen (Dauer und Art der Beschäftigung, wöchentliche Arbeitszeiten, Name des jeweiligen Arbeitgebers)
- Ggf. vorhandene Arbeitszeugnisse aus pflegerischer Tätigkeit
- Formular für Betriebe (Vordruck)
- Formular für Teilnehmende (Vordruck)
- Freistellung für den Teilnehmenden (Vordruck)
- Antrag auf Verkürzung der Ausbildungszeit (Vordruck)
- ESF-Teilnehmerfragebogen (Vordruck)

Nach Eingang Ihrer Bewerbungsunterlagen erhalten Sie eine schriftliche Bestätigung.

Einsendeschluss: 15.09.2017

3. Einladung zum Auswahlverfahren

- Von der Altenpflegeschule erhalten Sie eine schriftliche Einladung mit einem Termin für das Auswahlverfahren oder zum Sprachfeststellungstest

1/2



Europäische Union

Europäischer Sozialfonds ESF
Chancen nutzen, Beschäftigung sichern!



4. Hamburger Qualifizierungsoffensive in der Altenpflege 2017 – 2021
Checkliste für Bewerberinnen und Bewerber
verkürzte Nachqualifizierung zum/zur Altenpfleger/in

4. Teilnahme am Auswahlverfahren

- Die Feststellung der persönlichen Eignung für die verkürzte Nachqualifizierung erfolgt über einen schriftlichen Eingangstest sowie ein persönliches Auswahlgespräch.
- Interessenten, die den zusätzlichen geförderten Sprachkurs in Anspruch nehmen, durchlaufe im Anschluss erneut die Feststellung der persönlichen Eignung für die verkürzte Nachqualifizierung.
- Die Altenpflegeschule nimmt zu den Ergebnissen des Auswahlverfahrens schriftlich Stellung und teilt ihre Empfehlung dem Hamburger Institut für Berufliche Bildung (HIBB) mit.

Bitte lassen Sie sich für den gesamten Tag des Auswahlverfahrens von Ihrem Arbeitgeber freistellen und bringen Sie zu diesem Termin Ihren **Personalausweis** mit!

5. Antragstellung auf Verkürzung

- Das Hamburger Institut für Berufliche Bildung (HIBB) prüft Ihren Antrag auf Verkürzung.
- Sie erhalten eine Benachrichtigung über den Bescheid Ihres Antrages durch die HPG.

2/2

6. Beginn der Ausbildung

- Die Berufliche Schule Burgstraße (BS 12) informiert Sie über alle notwendigen Informationen zur Nachqualifizierung und ggf. zum vorgeschalteten Sprachkurs
- Ausbildungsbeginn ist der 01. Februar 2018

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg!



Europäische Union

Europäischer Sozialfonds ESF
Chancen nutzen, Beschäftigung sichern!



Formular für Betriebe (Nachqualifizierung AP)

Bitte füllen Sie die Formblätter vollständig sowie in Druckbuchstaben aus und kreuzen Sie Zutreffendes an!

Hinweis für teilnehmende Betriebe

Sie sind Arbeitgeber eines/r Beschäftigten, der/die sich bewirbt für die Teilnahme an einem Projekt, das anteilig aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds (ESF) und der Freien und Hansestadt Hamburg finanziert wird. Für die Prüfung der eingesetzten Fördermittel und zu Berichtszwecken müssen daher Daten erhoben werden, die über die Teilnehmenden, über deren Arbeitgeber, über den Durchführungsstand und über den Erfolg der Fortbildung und damit über den erfolgreichen Einsatz von öffentlichen Mitteln Auskunft geben. Diese Angaben werden personengebunden bzw. betriebsbezogen von der Hamburgischen Pflegegesellschaft erfasst und ausschließlich für die Abwicklung des Projektes verwendet. Wir bitten Sie, die unten stehenden Felder „Betriebsbezogene Daten“ auszufüllen sowie die anschließende Einverständniserklärung zu unterschreiben. Dieses Formular wird dann zusammen mit einer Liste der Teilnehmenden ein Bestandteil unserer Berichtsunterlagen. Prüfende des Landesrechnungshofes sowie der Freien und Hansestadt Hamburg können zur Überprüfung des ordnungsgemäßen Einsatzes von öffentlichen Mitteln jederzeit Einsicht in die Unterlagen nehmen.

Betriebsbezogene Daten

Einrichtung <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> teilstationär	Anschrift	Ansprechpartner/in im Betrieb <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Tel.	E-Mail	Verbandszugehörigkeit

Betriebsgröße (Bitte Teilzeitstellen in Vollzeit umrechnen)

- 5 - 19 Vollzeitbeschäftigte 20 – 49 Vollzeitbeschäftigte
 50 - 99 Vollzeitbeschäftigte 100- 250 Vollzeitbeschäftigte

Ausbildungsbetrieb

- bisher keine Ausbildung bis zu 4 Ausbildungsplätze
 5 – 10 Ausbildungsplätze mehr als 10 Ausbildungsplätze

Einwilligungserklärung Betrieb

Hiermit erklären wir uns damit einverstanden, dass die für die projektbezogene Abwicklung der „4. Hamburger Qualifizierungsoffensive in der Altenpflege“ erforderlichen Angaben über unseren Betrieb von der projektleitenden Stelle bei der HPG erhoben, verarbeitet und an die projektbezogenen Institutionen (Behörden der Freien und Hansestadt Hamburg, ESF, HIBB, Fortbildungsstätten/Schulen sowie ggf. Agentur für Arbeit) weitergegeben werden dürfen. Eine Weitergabe an andere als die genannten Institutionen darf nicht erfolgen. Wir erklären uns außerdem damit einverstanden, dass unsere betriebsbezogenen Daten zur Überprüfung des Verlaufs des Projektes durch den Projektträger anonymisiert ausgewertet werden dürfen. Die Daten werden ausschließlich für die Abwicklung des Projektes verwendet. Bei der Verwendung der Daten werden die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) eingehalten. Die Einwilligungserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort; Datum
Unterschrift/ Stempel der Einrichtung



Europäische Union
 Europäischer Sozialfonds ESF
 Chancen nutzen, Beschäftigung sichern!



Formular für Teilnehmende (Nachqualifizierung AP)

Bitte füllen Sie die Formblätter vollständig sowie in Druckbuchstaben aus und kreuzen Sie Zutreffendes an!

Hinweis für Teilnehmende

Sie bewerben sich für ein Projekt, das anteilig aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds (ESF) und der Freien und Hansestadt Hamburg finanziert wird. Für die Prüfung der eingesetzten Fördermittel und zu Berichtszwecken werden daher Daten erhoben, die über die Teilnehmenden, über deren Arbeitgeber, über den Durchführungsstand und den Erfolg der Ausbildung und damit über den erfolgreichen Einsatz von öffentlichen Mitteln Auskunft geben. Von Ihnen benötigen wir aus diesem Grund personengebundene Daten. Diese Angaben werden von der Hamburgischen Pflegegesellschaft erfasst und an die Behörden der Freien und Hansestadt Hamburg sowie an die durchführenden Fortbildungsstätten weitergegeben. Wir bitten Sie, die unten stehenden Felder „Personenbezogene Angaben“ auszufüllen und die anschließende Einverständniserklärung zu unterschreiben. Dieses Formular wird zusammen mit einer Liste der Teilnehmenden ein Bestandteil unserer Berichtsunterlagen. Prüfende des Landesrechnungshofes sowie der Freien und Hansestadt Hamburg können zur Überprüfung des ordnungsgemäßen Einsatzes von öffentlichen Mitteln jederzeit Einsicht in die Unterlagen nehmen.

Personenbezogene Daten

Vorname	Name <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Geburtsdatum		
Schulabschluss <small>(ohne Abschluss, Hauptschulabschluss; mittlere Reife, Abitur, Hochschulabschluss)</small>	Abgeschlossene Berufsausbildung	Erworben am	in	Ausbildungsdauer in Monaten
Derzeitiges Arbeitsverhältnis als <small>(z.B. APH, KPH; GPA)</small>	Derzeitiges Tätigkeitsfeld <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> teilstationär			

Einwilligungserklärung Teilnehmende

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die für die projektbezogene Abwicklung der „4. Hamburger Qualifizierungsoffensive in der Altenpflege“ erforderlichen Angaben über meine Person von der projektleitenden Stelle bei der HPG erhoben, verarbeitet und an die einzelnen projektbezogenen Institutionen (Behörden der Freien und Hansestadt Hamburg, ESF, HIBB, Fortbildungsstätten/Schulen sowie ggf. Agentur für Arbeit) weitergegeben werden dürfen. Eine Weitergabe an andere als die genannten Institutionen darf nicht erfolgen. Ich erkläre mich außerdem damit einverstanden, dass meine Daten zur Überprüfung des Verlaufes des Projektes durch den Projektträger anonymisiert ausgewertet werden dürfen. Die Daten werden ausschließlich für die Abwicklung des Projektes verwendet. Bei der Verwendung der Daten werden die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) eingehalten. Die Einwilligungserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort; Datum
Unterschrift



Europäische Union

Europäischer Sozialfonds ESF
Chancen nutzen, Beschäftigung sichern!



Freistellungserklärung (Nachqualifizierung AP) – vom Arbeitgeber auszufüllen

Bitte füllen Sie die Formblätter vollständig sowie in Druckbuchstaben aus und kreuzen Sie Zutreffendes an!

Hinweis für Betriebe zur Freistellung von Teilnehmenden

Im Rahmen des Projektes verpflichten sich Arbeitgeber, deren Mitarbeiter/innen an einer Nachqualifizierung zum/zur Altenpfleger/in teilnehmen, diese entsprechend der zeitlichen Vorgaben der „Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung“ freizustellen.

Die ggf. zusätzliche Teilnahme an einem durch ESF-Mittel geförderten Sprachkurs setzt ebenfalls die Freistellung entsprechend der geplanten Unterrichtseinheiten voraus. Arbeitgeber verpflichten sich hier ferner, dem Projektträger HPG die für die Teilnahme erforderlichen Gehaltsnachweise für die entstandenen Freistellungskosten zu überlassen. Werden diese nicht im geforderten Umfang zur Verfügung gestellt, können Fördergelder zurückgefordert werden.

Bei Kündigung des Arbeitsverhältnisses oder Abbruch der Fortbildung ist der Projektträger umgehend zu informieren.

Freistellungserklärung für die Nachqualifizierung zum/zur Altenpfleger/in, ggf. auch für einen zusätzlichen Sprachkurs

Hiermit verpflichten wir uns, unseren/unsere Mitarbeiter/in

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

für die Dauer der Durchführung der verkürzten Nachqualifizierung zur/zum Altenpfleger/in den gesetzlichen Vorgaben der „Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers“ entsprechend freizustellen, ggf. auch für den Sprachkurs in dem vorgesehenen Stundenumfang. Im Falle einer notwendigen Wiederholungsprüfung wird eine Freistellung über die regulär vorgesehene Stundenzahl hinaus gewährleistet.

Hiermit bestätigen wir, dass unser/unsere Mitarbeiter/in mit einer Wochenarbeitszeit von _____ Stunden während des Nachqualifizierung bei uns beschäftigt ist.

Ort, Datum
Unterschrift/ Stempel der Einrichtung



Europäische Union
Europäischer Sozialfonds ESF
Chancen nutzen, Beschäftigung sichern!



Antrag

auf Verkürzung der Altenpflegeausbildung gemäß § 7 AltPflG

An das
Hamburger Institut für Berufliche Bildung
HI 13
Hamburger Straße 133
22083 Hamburg

Antragsteller (Name, Anschrift):

Hiermit beantrage ich eine Verkürzung meiner Altenpflegeausbildung um

zwei Jahre, eineinhalb Jahre, ein Jahr, ein halbes Jahr,

da ich bereits eine Ausbildung als

- Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Krankenschwester/Krankenpfleger,
- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger bzw. Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger,
- Heilerziehungspflegerin/Heilerziehungspfleger
- Altenpflegehelferin/Altenpflegehelfer
- Gesundheits- und Pflegeassistentin/Gesundheits- und Pflegeassistent
- Krankenpflegehelferin/Krankenpflegehelfer
- Heilerziehungspflegehelferin/Heilerziehungspflegehelfer
- Heilerziehungshelferin/Heilerziehungshelfer
- _____

absolviert und mit der Gesamtnote _____ abgeschlossen habe.

Folgende Unterlagen sind beigefügt:

- Berufsurkunde
- Abschlusszeugnis
- Stellungnahmen des Ausbildungsbetriebes und der Altenpflegeschule
- Lebenslauf
- Arbeitszeugnis

(Ort, Datum)

(Unterschrift der/s Antragstellerin/Antragstellers)

Antrag

auf Verkürzung der Altenpflegeausbildung um _____ Jahr(e)

Antragsteller/in:

Stellungnahme des Ausbildungsbetriebes

Wir befürworten den Antrag auf Verkürzung.

Begründung:

Es ist zu erwarten, dass die Verkürzung die Durchführung der Ausbildung und die Erreichung des Ausbildungszieles nicht gefährdet und werden die/den Auszubildende/n beim Nachholen der versäumten Ausbildungsinhalte unterstützen.

Wir befürworten den Antrag auf Verkürzung **nicht**.

Begründung:

(Ort, Datum)

(Unterschrift, Stempel des Ausbildungsbetriebes)

Stellungnahme der Altenpflegeschule

Wir befürworten den Antrag auf Verkürzung.

Begründung:

Es ist zu erwarten, dass die Verkürzung die Durchführung der Ausbildung und die Erreichung des Ausbildungszieles nicht gefährdet und werden die/den Auszubildende/n beim Nachholen der versäumten Ausbildungsinhalte unterstützen.

Wir befürworten den Antrag auf Verkürzung **nicht**.

Begründung:

(Ort, Datum)

(Unterschrift, Stempel der Altenpflegeschule)