**Anlage „Andere Kraft“ im Jahr 2019**

Für jede „Andere Kraft“, die in 2019 im ambulanten Hospizdienst tätig war, ist eine solche Seite auszufüllen. In diesem Fall sind die Personalkosten aller „Anderen Kräfte“ für den Posten 4.6 zu addieren.

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Die Kraft war von ………… bis ..…………. im antragstellenden Hospizdienst tätig. | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Name, Vorname  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Berufsbezeichnung  Ihr Arbeitsanteil betrug durchschnittlich \_\_\_\_\_ Std. □ Woche □ Monat Wer ist der Arbeitgeber dieser Kraft? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ist sie noch in anderen Bereichen beschäftigt: 🞏 ja 🞏 nein Wenn ja, zu welchen Anteilen (in %)?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Wie hoch sind die Personalkosten einschl. Fort- und Weiterbildung im amb. Hospizdienst für  diese Kraft:  Zu welchem Zweck ist die Kraft im amb. Hospizdienst beschäftigt? | |
| Sonstige Bemerkungen: |  |