**Antrag auf Förderung ambulanter Hospizarbeit nach § 39a Abs. 2 SGB V**

**(i.V. m. der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 8 SGB V zu den Voraussetzungen**

**der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit**

**vom 03.09.2002 in der Fassung vom 14.03.2016)**

**Förderjahr 2018 Erstantrag  Folgeantrag**

***Kinder- und Jugendhospizdienst  Erwachsenenhospizdienst***

1. **Allgemeine Angaben zum ambulanten Hospizdienstes (AHD)**

1 Name des AHD **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**

2 Straße **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**

3 PLZ / Ort **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**

4 Telefonnr. / Telefaxnr. **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.** / **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**

5 AHD besteht seit **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**

(bitte bei Erstantrag ausfüllen)

6 E-Mail-Adresse **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**

(sofern vorhanden)

7 Ansprechpartner **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**

8 Internet-Homepage **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**

(sofern vorhanden)

9 Der AHD ist ein eigener eingetragener Verein Ja  Nein

falls nein, unter welcher Trägerschaft wird der AHD betrieben

**Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**

***Achtung:*** *eine Förderung ist nur möglich, wenn die Voraussetzungen der Anlage 2 erfüllt sind*

10 Der AHD / der Träger des AHD hat für die verantwortliche(n) Fachkraft / Fachkräfte

und/oder für Schulungsmaßnahmen der Ehrenamtlichen einen Antrag auf öffentliche

Förderung für das beantragte Jahr bei einer anderen Stelle gestellt oder erhält bereits eine

öffentliche Förderung (falls ja, bitte eine Kopie des Förderbescheides beifügen):

Ja  Nein

11 Bankverbindung für die Überweisung des Förderbetrages

*Kontoinhaber* **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**

*Bankinstitut* **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**

*IBAN* **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**

*BIC* **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**

1. **Angaben zu den Fördervoraussetzungen entsprechend der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 SGB V (RV)**

12 Der AHD wird unter ständiger Verantwortung einer verantwortlichen Kraft nach

§ 4 der RV geführt, seit **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**

13 Der AHD verfügt über eigene Räumlichkeiten (vgl. § 1 Abs. 4 der RV)

Ja  Nein  **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**

(bei nein, bitte Begründung / Erläuterung)

14 Anzahl der qualifizierten einsatzbereiten ehrenamtlichen Personen

(vgl. § 1 Abs. 4 der RV - der ambulante Hospizdienst muss mindestens 15 qualifizierte, einsatzbereite, ehrenamtliche

Personen einsetzen können - im Jahr der Neugründung mindestens 12 -; die Kinderhospizarbeit kann auch

durch entsprechend qualifizierte Ehrenamtliche unter dem Dach von ambulanten Erwachsenenhospizdiensten

erfolgen; dabei muss die Mindestzahl von 10 für die Kinderhospizarbeit qualifizierten, einsatzbereiten

Ehrenamtlichen und deren fachliche Koordination und Begleitung - ggf. durch die Zusammenarbeit mehrerer

Dienste - gewährleistet werden)

**Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**

(am Tag der Antragstellung)

15 Zugelassene(r) kooperierende(r) Pflegedienst(e), der / die über palliative-pflegerische

Erfahrungen verfügen

(vgl. § 1 Abs. 4 und § 2 Abs. 3 der RV - AHD müssen unter Berücksichtigung der Wahlfreiheit mit mindestens einem

zugelassenen Pflegedienst zusammenarbeiten, der über palliativ-pflegerische Erfahrungen verfügt)

Änderung zum Vorjahr Ja  Nein

Name(n) und Adresse(n)

(bitte bei Änderungen bzw. Erstantragstellung ausfüllen)

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

16 Kooperierende(r) approbierte(r) Arzt/Ärzte, der/die über palliativ-medizinische

Erfahrungen verfügen

(vgl. § 1 Abs. 4 und § 2 Abs. 3 der RV - AHD müssen unter Berücksichtigung der Wahlfreiheit mit mindestens einem approbierten Arzt zusammenarbeiten, der über palliativ-medizinische Erfahrungen verfügt)

Änderung zum Vorjahr Ja  Nein

Name(n) und Adresse(n):

(bitte bei Änderungen bzw. Erstantragstellung ausfüllen)

**Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**

17 Maßnahmen zur Sicherstellung der ständigen Erreichbarkeit

(vgl. § 2 Abs. 3 der RV - die Fachkraft hat die ständige Erreichbarkeit des Hospizdienstes, auch unter Einbindung der Ehrenamtlichen, sicherzustellen)

Änderung zum Vorjahr Ja  Nein

(bitte bei Änderungen bzw. Erstantragstellung ausfüllen)

**Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**

(in welcher Form wird die Erreichbarkeit sichergestellt)

18 Der AHD ist Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und

Sozialsystem und arbeitet im lokalen und kommunalen Verbund mit Initiativen des

sozialen Engagements eng zusammen

(vgl. § 1 Abs. 4 der Rahmenvereinbarung - der ambulante Hospizdienst hat sich in die Vernetzungsarbeit der

Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem einzubringen; falls hierzu bereits ein aussagefähiges

Konzept vorhanden ist genügt es, dies beizufügen)

Änderung zum Vorjahr Ja  Nein

(bitte bei Änderungen bzw. Erstantragstellung ausfüllen)

wenn ja, mit welchen **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**

19 Wir versichern, dass der antragstellende AHD Ja  Nein

(vgl. § 1 Abs. 4 / § 3 der Rahmenvereinbarung)

* *bereits Sterbebegleitungen in Haushalt, in der Familie, in stationären Pflegeeinrichtungen bzw. in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behindere Menschen, in Krankenhäusern im Auftrag des jeweiligen Krankenhausträgers oder der Kinder- und Jugendhilfe geleistet hat (siehe auch IV.);*
* *unter ständiger Verantwortung mindestens einer entsprechend ausgebildeten Fachkraft steht;*
* *eine kontinuierliche Praxisbegleitung / Supervision der Ehrenamtlichen gewährleistet;*
* *Maßnahmen zur Sicherung der Qualität festlegt und diese durchführt;*
* *die Selbsthilfepotenziale der Betroffenen unterstützt und fördert sowie dabei die Angehörigen und Bezugspersonen einbezieht*
* *eine sachgerechte und kontinuierliche Dokumentation bei sterbenden Menschen führt;*
* *ausschließlich Ehrenamtliche in der ambulanten Hospizarbeit einsetzt, die vor Antritt ihrer Tätigkeit einen Befähigungskurs abgeschlossen haben (siehe Anlage 5);*

1. **Angaben zur fachlich verantwortlichen Kraft nach § 4 der RV (fvK)**

(wird mehr als eine verantwortliche Kraft beschäftigt, für die eine Förderung beantragt wird, füllen Sie bitte für jede weitere verantwortliche Kraft die **Anlage 4** aus)

Der AHD beschäftigt eine / mehrere fest angestellte fachlich verantwortliche Kraft / Kräfte im Sinne der Rahmenvereinbarung (fvK), die palliativpflegerische und psychosoziale Beratung erbringt / erbringen und die Gewinnung, Schulung und Koordination der Ehrenamtlichen gewährleistet / gewährleisten (§ 4 Abs. 1 Halbsatz 1 Rahmenvereinbarung):

20 Name, Vorname der fvK

(Für den Fall, dass auf Grund der Größe des ambulanten Hospizdienstes mehrere Fachkräfte fest angestellt sind, sind für

jede verantwortliche Kraft die Fragen 20-31 zu beantworten. Bitte fügen Sie dem Antrag für jede weitere verantwortliche

Kraft ein entsprechend ausgefülltes Blatt bei (siehe Anlage 4))

**Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**

21 Beschäftigungsumfang (Anzahl der Wochenarbeitsstunden)

(vgl. § 4 Abs. 1, 1. Halbsatz der Rahmenvereinbarung - Festanstellung beim amb. Hospizdienst; bitte den jeweils

abgeschlossenen Arbeitsvertrag beifügen. Die verantwortliche Kraft muss beim ambulanten Hospizdienst fest angestellt sein.

Anerkannt wird auch eine Festanstellung im Rahmen eines geringfügigen Beschäftigungsverhältnisses. In diesen Fällen

muss jedoch eine Mindeststundenzahl von in der Regel 5 Stunden wöchentlich vereinbart sein.)

**Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**

22 Bei der fachlich verantwortlichen Kraft (fvK) handelt es sich um eine:

(bitte bei Änderungen; Neubesetzung bzw. Erstantragstellung ankreuzen)

*Pflegefachkraft im Sinne des § 4 Abs. 1 der Rahmenvereinbarung*

(Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung "Gesundheits- und Krankenpfleger/-in" oder "Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in" sowie "Altenpfleger/-in")

*Andere Person im Sinne des § 4 Abs. 1 der Rahmenvereinbarung*

(Eine abgeschlossene Universitäts- bzw. Fachhochschulausbildung aus dem Bereich Pflege, Sozialpädagogik, Sozialarbeit oder Heilpädagogik)

23 Darüber hinaus ist die fachlich verantwortliche Kraft (fvK) bei einem anderen Träger (z. B.

bei einem ambulanten Pflegedienst) tätig:

ja nein

Änderung zum Vorjahr ja nein

(bitte bei Änderungen bzw. Erstantragstellung ausfüllen)

*Wenn ja, für welchen Arbeitgeber, in welcher Funktion und in welchem Umfang?*

**Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**

24 Darüber hinaus ist die fachlich verantwortliche Kraft (fvK) für mehrere ambulante

Hospizdienste tätig:

ja nein

Änderung zum Vorjahr ja nein

(bitte bei Änderungen bzw. Erstantragstellung ausfüllen)

*Wenn ja, für welche ambulanten Hospizdienste, in welcher Funktion und in welchem Umfang?*

**Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**

(**Achtung**: eine Förderung ist nur möglich, wenn die Voraussetzungen der Anlage 3 erfüllt sind)

25 Berufsbezeichnung / Hochschulausbildung:

Änderung zum Vorjahr ja nein

(bitte bei Änderungen bzw. Erstantragstellung ausfüllen)

**Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**

26 Hauptberufliche Tätigkeit (mindestens 3 Jahre):

(mindestens dreijährige hauptberufliche Tätigkeit nach Nr. 22 in ihrem Beruf nach erteilter Erlaubnis; Nachweis über eine

hauptberufliche berufspraktische Erfahrungszeit durch Beilage von Arbeitszeugnissen oder anderen geeigneten

Nachweisen.)

Änderung zum Vorjahr ja nein

(bitte bei Änderungen bzw. Erstantragstellung ausfüllen)

**Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**

27 Palliative-Care-Weiterbildung oder entsprechende beruflicheTätigkeit:

(Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme für Pflegende (Curriculum Palliative Care; Kern, Müller,

Aurnhammer, Bonn oder andere nach Stundenzahl und Inhalten gleichwertige Curricula / Eine dreijährige Tätigkeit auf einer

Palliativstation, in einem stationären Hospiz oder in einem Palliativpflegedienst entspricht diesem Nachweis und wird

anerkannt. Für ambulante Kinderhospizdienste ist der Abschluss einer Pädiatrischen Palliative Care-Weiterbildung

(Curriculum Pädiatrische Palliative Care, oder andere nach Stundenzahl und Inhalt gleichwertige Curricula) nachzuweisen.

Fachkräfte, die bereits eine Palliative Care-Weiterbildung absolviert haben, müssen das Zusatzmodul Pädiatrische Palliative

Care -40 Stunden- nachweisen)

Änderung zum Vorjahr ja nein

(bitte bei Änderungen bzw. Erstantragstellung ausfüllen)

**Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**

28 Koordinatorenseminar (40 Stunden) oder 3 Jahre Koordinatorentätigkeit:

(Eine dreijährige Tätigkeit als Koordinatorin/Koordinator in einem ambulanten Hospizdienst unter regelmäßiger Supervision

entspricht diesem Nachweis und wird anerkannt.)

Änderung zum Vorjahr ja nein

(bitte bei Änderungen bzw. Erstantragstellung ausfüllen)

**Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**

29 Seminar Führungskompetenz (80 Stunden)

Änderung zum Vorjahr ja nein

(bitte bei Änderungen bzw. Erstantragstellung ausfüllen)

**Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**

30 Folgende Voraussetzungen erfüllt die verantwortliche Fachkraft (fvK) noch nicht:

(Scheidet eine verantwortliche Fachkraft des ambulanten Hospizdienstes aus und wird diese Stelle mit einer Fachkraft neu

besetzt bzw. wird bei Neugründung eines ambulanten Hospizdienstes eine Fachkraft eingestellt, die den Nachweis eines

Koordinatoren-Seminars -40 Stunden- und / oder den Nachweis eines Seminars zur Führungskompetenz -80 Stunden- nicht

erfüllt, ist die Erfüllung der fehlenden Voraussetzung(en) (Koordinatoren-Seminar und / oder Seminar zur Führungs-

kompetenz) spätestens zum Ablauf des 12. Monats nach dem Ausscheiden bzw. bei Neugründung nachzuweisen.

Kann der ambulante Hospizdienst diesen Nachweis nicht führen, endet die Förderung – vgl. RV §4 Abs. 2)

**Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**

31 Folgende - zur Prüfung - erforderliche Unterlagen / Nachweise sind dem Antrag beigefügt

(bitte bei Änderungen bzw. Erstantragstellung einreichen - wurden die Unterlagen bereits in einem der Vorjahre eingereicht,

genügt der Verweis auf deren erfolgte Einreichung.)

*Pflegefachkraft im Sinne des § 4 Abs. 1 RV*

*andere Person im Sinne des § 4 Abs. 2 RV*

*Nachweis der 3-jährigen hauptberuflichen Berufserfahrung z.B. anhand*

*von Arbeitszeugnissen*

*Zeugnis (Päd.) Palliative-Care-Weiterbildung Abschluss*

*am* **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**

*Nachweis Koordinatorenseminar (40 Std.) Abschluss / 3 Jahre Koordinatorentätigkeit*

*am* **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**

*Nachweis Seminar Führungskompetenz (80 Std.) Abschluss*

*am* **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**

*Arbeitsvertrag (bei Änderungen im Beschäftigungsumfang bitte den aktualisierten Arbeitsvertrag mit beifügen)*

*Tätigkeitsprofil / Stellenbeschreibung*

*(es sind die der Fachkraft übertragenen Aufgaben stichpunktartig zu beschreiben und zu quantifizieren -durchschnittliche Stundenzahl je Monat- / die Kosten der Zeitanteile für andere Tätigkeiten als die im Sinne des § 2 Abs. 3 der Rahmenvereinbarung können bei der Berechnung der Förderung nicht berücksichtigt werden.*

*die o.a. Unterlagen liegen den Krankenkassen aus dem (n) Vorjahr(en) bereits*

*vollständig vor*

1. **Angaben zur Berechnung der Fördersumme** (vgl. § 5 Abs. 7 der RV)

|  |  |
| --- | --- |
| 32 Anzahl der am 31.12. des Vorjahres geschulten einsatzbereiten aktiven ehrenamtlichen Personen - ohne die fachlich verantwortlichen Koordinatorenkräfte (Anlage 5) | Anzahl  **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.** |
| 33 Anzahl d. im Vorjahr abgeschlossenen Sterbebegleitungen (SB) in Haushalt, in der Familie, in stat. Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte  Menschen, der Kinder- und Jugendhilfe oder in Krankenhäusern im Auftrag des jeweiligen Krankenhausträgers (Anlage 7 differenziert nach Kassenarten)  (als geleistete SB gilt die in dem jeweiligen Kalender-jahr abgeschlossene SB, die von ehrenamtlich Tätigen erbracht wurden, unabhängig von deren Dauer; je Versichertem und ambulanten Hospizdienst kann nur eine SB in die Förderung einfließen) | Gesamt  **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.** | davon GKV  (gesetzliche Krankenversicherung)  **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**  Bitte die SB getrennt nach der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und nach der Privaten Krankenversicherung (PKV) angeben. | davon PKV  (private Krankenversicherung)  **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**  Bitte die SB getrennt nach der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und nach der Privaten Krankenversicherung (PKV) angeben. |

1. **Angaben zu den Personal-, Schulungs- und Sachkosten**

(vgl. § 5 Abs. 1 der RV)

34 Personal- und Schulungskosten für Hauptamtliche

(bitte differenzierte Nachweise vorlegen, z.B. Auszug aus dem Jahresgehaltskonto / Rechnungen)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname der bereits tätigen anerkannten Fachkräfte | wchtl. Arbeitszeit | Personalkosten / Jahr in € | Kosten für die Fort- und Weiterbildung / Jahr in € |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

*Sofern die Tabelle nicht ausreicht, bitten wir die Daten in einer zusätzlichen Anlage nach dem Muster dieser Tabelle*

*einzureichen.*

35 Externe Schulungskosten für Ehrenamtliche

(bitte differenzierte Nachweise vorlegen, z.B. Rechnungen)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Kosten /Jahr in € |
| Externe Supervision (§5 Abs. 3 der RV) | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Erstqualifizierung ehrenamtlicher Mitarbeiter (§5 Abs. 3 der RV) | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Fortbildungspauschale –  100,- € / einsatzbereitem, qualifizierten Ehrenamtlichen am 31.12. des Vorjahres  (§5 Abs. 4 der RV; mit dieser pauschalen Förderung sind auch Sachkosten im Zusammenhang mit der Fort- und Weiterbildung abgegolten) | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

36 Sachkosten Gesamt

(Nachweis lt. Anlage 8)

|  |  |
| --- | --- |
| Sachkosten in € | **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.** |

37 Gesamtkosten Hauptamtliche, Ehrenamtliche, Sachkosten

(lt. V. Nr. 34, 35, 36 des Antragsformular)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Kosten / Jahr in € |
| Personal- und Schulungskosten für Hauptamtliche lt. V. 34) | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Externe Schulungskosten für Ehrenamtliche lt. V. 35) | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Sachkosten lt. V. 36) | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| ***Gesamt in €*** | **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.** |

**V. Sonstige Angaben**

38 Tätigkeits- bzw. Sachbericht und Jahresbericht aus dem Vorjahr ist dem Antrag

beigefügt

ja nein , wird nachgereicht bis **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**

39 Der Antragsteller erklärt sich bereit, bei Unklarheiten dem Kostenträger die gesamten der

Förderung zugrunde gelegten Daten oder einzelne Daten auch durch Einsichtnahme vor

Ort zur Überprüfung zur Verfügung zu stellen:

(die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden von den Krankenkassen beachtet)

ja nein

40 Die der Förderung zugrunde liegende Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 8

SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der

ambulanten Hospizarbeit vom 03.09.2002 in der Fassung vom 14.03.2016 ist uns in

vollem Wortlaut bekannt:

ja nein

41 Ebenso sind uns die zu diesem Antragsformular gehörenden Informationen sowie die

zugehörigen Anlagen bekannt:

ja nein

Der Antragsteller versichert, dass alle Voraussetzungen und Anforderungen der jeweils aktuell gültigen Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 8 SGB V umgesetzt werden. Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben (inkl. der Angaben auf den Anlagen 1 – 8) wird bestätigt.

**Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**

Ort, Datum Unterschrift des Verantwortlichen des AHD