

**ANMELDUNG**  
**Lehrgang Unterstützung bei der Basisversorgung**  
**Stift St. Georgen am Längsee**

Familienname:	
1. Vorname:	
weitere Vornamen:	
Akad. Grad:	
Geschlecht:	
Geburtsdatum, Geburtsort:	
Staatsbürgerschaft:	
Erstsprache:	
PLZ und Ort:	
Straße und Hausnummer:	
Telefonnummer:	
Mailadresse:	

Ich melde mich hiermit verbindlich für den UBV-Lehrgang an und nehme zur Kenntnis, dass die regelmäßige Teilnahme verpflichtend ist und ich die untenstehenden Regelungen zur Kenntnis genommen habe.

Datum:	Unterschrift:
--------	---------------

Ich habe die folgenden Regelungen zur Kenntnis genommen und bin vollinhaltlich damit einverstanden:

**Fehlstunden:**

Der/Die Teilnehmer\*in ist verpflichtet an der theoretischen und praktischen Ausbildung in vollem Umfang teilzunehmen.

Die/Der Teilnehmer\*in darf höchstens 20 % der Unterrichtseinheiten der theoretischen Ausbildung wegen Krankheit oder aus anderen berücksichtigungswürdigen Gründen versäumen. Höhere Fehlzeiten verhindern den positiven Abschluss des Moduls.

**Praktikum:**

Praktikum im Ausmaß von **48 Stunden** in einer Behinderteneinrichtung oder einem Pflegeheim unter Anleitung und Aufsicht eines/r Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege. Meistens kann man das Praktikum innerhalb der eigenen Einrichtung für Menschen mit Behinderung absolvieren.

**Teilnahmevoraussetzung:**

Die Ausbildung richtet sich an Personen, die in einem Dienstverhältnis zu Trägern der Behindertenbetreuung laut Tätigkeiten gem. § 3a GuKG stehen und Menschen mit Behinderung in multiprofessionellen Teams begleiten. Die Träger-Organisationen müssen behördlich bewilligt sein oder der behördlichen Aufsicht unterliegen.

**Folgende Unterlagen werden für die Anmeldung benötigt:**

- Bestätigung des Dienstgebers (siehe Rückseite)
- Nachweis B1 bei Interessent\*innen mit nichtdeutscher Muttersprache



## **Dienstgeber-Bestätigung**

Lehrgang Unterstützung bei der Basisversorgung (UBV) gem. GuKG  
(Kurs mit 118 Std. Theorie und 48 Std. Praktikum)

Zuname: \_\_\_\_\_

Akad. Titel: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Derzeitige berufliche Tätigkeit in der Behindertenarbeit:

Dienstgeber (Stempel):

Arbeitsstelle: \_\_\_\_\_

angestellt seit (Stundenausmaß): \_\_\_\_\_

Arbeitsbereich (Wohn-, Tages-): \_\_\_\_\_

---

Datum

---

Unterschrift