

**Antrag auf Finanzierung von Qualifizierungsmaßnahmen für EX-IN  
Genesungsbegleitende beim Bezirk Mittelfranken**

Damit Ihre Ausbildung zum/zur Ex-In GenesungsbegleiterIn finanziert werden kann, bitten wir Sie um Angabe der folgenden Daten:

**Persönliche Daten**

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Adresse:	
E-Mail:	
Telefonnummer:	

**Bankverbindung**

Name des Kontoinhabenden:	
IBAN:	
Name der Bank:	

**Rechtliche Betreuung**

Haben Sie eine rechtliche Betreuung?	Ja	Nein
Falls ja, Name und Adresse der Betreuung:		
Falls ja, E-Mail-Adresse der Betreuung:		

**Andere Finanzierung**

Wird die Maßnahme/ Ausbildung durch eine andere Stelle finanziert?	Ja	Nein
Falls ja, Name und Adresse der Stelle:		

**Ab hier bitte gemeinsam mit dem Anbieter der Qualifizierungsmaßnahme ausfüllen.**

**Nachweis der Dokumente**

Um nachzuweisen, dass Sie Psychatrierfahrung mitbringen, bitten wir Sie anzugeben, welche Unterlagen Sie besitzen und eine Kopie dieser beizufügen.

Nachweis Diagnostik	Ja	Nein	Wird nachgereicht
Nachweis Leistungen der Eingliederungshilfe	Ja	Nein	Wird nachgereicht
Nachweis der psychotherapeutischen Leistungen	Ja	Nein	Wird nachgereicht
Gesundheitlicher Lebenslauf	Ja	Nein	Wird nachgereicht

**Anbieter der Qualifizierungsmaßnahme**

Name des Anbieters:	
Straße und Hausnummer:	
Postleitzahl und Stadt:	
E-Mail-Adresse:	
Voraussichtlicher Beginn der Maßnahme:	
Unterschrift des Anbieters:	

Datum \_\_\_\_\_

Mit der Betätigung dieses Buttons werden Ihre Daten automatisch an die Stabsstelle Sozialplanung und Koordination geschickt. Sollte der Button nicht funktionieren (softwareabhängig), können Sie uns das ausgefüllte Formular gerne per E-Mail oder ausgedruckt postalisch/per Fax zukommen lassen.

**Haben Sie Fragen? Kontaktieren Sie uns!**

Bezirk Mittelfranken  
Stabsstelle Sozialplanung und Koordination  
Ronja Brendel  
E-Mail: [ronja.brendel@bezirk-mittelfranken.de](mailto:ronja.brendel@bezirk-mittelfranken.de)  
Telefon: 0981/4664-20201  
Telefax: 0981/ 4664-20099