

Anlage 5 zum Antrag des AHD

Angaben zu andere Kräfte:

(Diese Seite muss von jeder Person, die als „andere Kraft“ im AHD arbeitet, gesondert ausgefüllt werden.)

Die Kraft war von bismit einem Stundenanteilim antragstellenden Hospizdienst tätig.

Name, Vorname

Berufsbezeichnung

Ihr Arbeitsanteil betrug durchschnittl. _____Std./Woche/Monat (ggf. streichen).

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 im Amb. Hospizdienst für diese Kraft:

Zu welchem Zweck ist die Kraft im Amb. Hospizdienst beschäftigt?

Sonstige Bemerkungen: