



Antrag auf Förderung mit Bestätigung der Freistellung
Seelsorgliche Begleitungen in Einrichtungen der stationären Hilfe
kirchlicher und nichtkirchlicher Träger im Erzbistum Paderborn

Bestätigung der Freistellung

Hiermit bestätigen wir, dass unsere Mitarbeiterin/ unser Mitarbeiter _____
zur Seelsorglichen Begleitung beauftragt werden soll. Wir verpflichten uns, der
Seelsorglichen Begleitung den zugesagten Stellenumfang zu gewähren.

Träger: _____

Name der Einrichtung: _____

Anschrift: _____

Einrichtungsleitung: _____

E-Mail Einrichtungsleitung: _____

Einrichtungsgröße: _____

voll-/teilstationäre Plätze _____ betreutes Wohnen _____

Vorgesehener Stellenumfang der Seelsorglichen Begleitung bezogen auf eine

VzSt: _____ %

Kontaktperson zur Abrechnung der Fördermittel: _____

E-Mail dieses Abrechnungskontaktes: _____

Wir verpflichten uns, Änderungen des Abrechnungskontaktes rechtzeitig mitzuteilen.

Antrag auf Förderung *(einmalig; jedoch im Falle einer Erweiterung oder Umschreibung der
Beauftragung erneut zu stellen)*

Wir beantragen Mittel zur finanziellen Förderung von Stellenanteilen in der Seelsorglichen
Begleitung. Die anerkennungsfähigen Bruttopersonalkosten belaufen sich gemäß Richtlinie
(03/2024) auf die Entgeltgruppe S 12/Stufe 3 Anhang A Anlage 33 AVR bzw. der
Entgeltgruppe P 11/Stufe 3 Anhang B Anlage 31/32 AVR.

Eingruppierung der Seelsorglichen Begleitung

Entgeltgruppe (nach AVR): Anlage: _____ Gruppe: _____ Stufe: _____

Sonstiges: _____

Wir bitten zukünftig um Überweisung der Fördermittel auf:

IBAN: _____

BIC: _____

Kreditinstitut: _____



Verwendungsnachweis: Fördermittel Seelsorgliche Begleitung *(jährlich)*

- Wir verpflichten uns jährlich und mit Ausschlussfrist zum 31.01. den „*Verwendungsnachweis: Fördermittel Seelsorgliche Begleitung*“ in der Abteilung Personal und Organisationskultur beim Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e.V. einzureichen, um eine anteilige Refinanzierung rückwirkend zum vorherigen Kalenderjahr zu beantragen.

Die dazugehörige Formblatt-Vorlage wird Ihnen jährlich im Oktober seitens des Caritasverbandes für das Erzbistum Paderborn e.V. zur Verfügung gestellt.

Ort, Datum

Name *(in Druckbuchstaben)*

rechtsverbindliche Unterschrift des Trägers

Name *(in Druckbuchstaben)*

Unterschrift der Einrichtungsleitung

Der Antrag ist zu senden an den

Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e.V.

Personal und Organisationskultur

Dr. Marion Rose

Am Stadelhof 15

33098 Paderborn