

# ANPASSUNGSLEHRGANG ZUR BERUFSBERECHTIGUNG IN DER HEIMHILFE/IN DER PFLEGEASSISTENZ



## **ZIELGRUPPE HEIMHILFE:**

Personen, die eine Ausbildung in einem Sozialbetreuungsberuf in einem EWR Vertragsstaat, in der Schweiz oder in einem Drittstaat erfolgreich absolviert haben und über einen Bescheid, ausgestellt von der MA 40, verfügen.

Der Anpassungslehrgang wird nach den Bestimmungen des Sozialbetreuungsberufegesetzes (WSBBG) § 27 WHEG-VO durchgeführt. Das Praktikum wird individuell bei ausgewählten Partnerorganisationen organisiert.

## **ZIELGRUPPE PFLEGEASSISTENZ:**

Personen, die eine Ausbildung in einem Sozialbetreuungsberuf in einem EU- bzw. EWR-Vertragsstaat, in der Schweiz oder in einem Drittstaat erfolgreich absolviert haben und über einen Bescheid, ausgestellt vom Bundesministerium für Gesundheit, verfügen.

Der Anpassungslehrgang wird nach den Bestimmungen der Rechtsgrundlagen § 87 GuKG, BGBl. I Nr. 108/1997 idgF. und Pflh-AV BGBl. II Nr. 371/1999 i.V.m. der Pflegeassistentenberufe-Ausbildungsverordnung – PA-PFA-AV, BGBl. II Nr. 301/2016 durchgeführt. Das Praktikum wird individuell bei ausgewählten Partnerorganisationen organisiert.

## **KOSTEN:**

Abhängig von der Vorgabe des Bescheids, in Absprache mit der Direktorin sowie dem Sekretariat der Sophos Akademie

## **AUSBILDUNGSORT:**

SOPHOS AKADEMIE, Wilhelminenstrasse 80-82/2. Stock, 1160 Wien

## **ANMELDUNG:**

SOPHOS AKADEMIE Organisationsberatung und Bildungsmanagement GmbH,  
Wilhelminenstraße 80-82 / 2. Stock, 1160 Wien, Tel: 01/ 481 47 71, Fax: 01 / 481 47 71 – 30,  
E-Mail: [office@sophosakademie.at](mailto:office@sophosakademie.at), Homepage: [www.sophosakademie.at](http://www.sophosakademie.at)

## **ANMELDEVORAUSSETZUNG:**

Behördlicher Bescheid für die Berufszulassung in der Heimhilfe bzw. in der Pflegeassistenten, Impfnachweis Hepatitis B, Versicherungsnachweis sowie ein Lichtbild und eine Kopie des Passes

# ANMELDEFORMULAR

Kurs/Kursnr: ..... Sozialvers.Nr: .....

Herr  Frau  Titel: .....

Zuname: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... Geburtsort: .....

**Genaue Anschrift:**

PLZ., Wohnort: .....

Straße, Nr.: .....

Tel.: ..... FAX: ..... Email: .....

**Anschrift des Dienstgebers:**

Krankenhaus, Abteilung: .....

Anschrift: .....

Tel.: ..... FAX: ..... Email: .....

**Berufserfahrung im Gesundheitsbereich:** .....

Ich habe die Storno- und Rahmenbedingungen zur Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden

Datum: ..... Unterschrift des Teilnehmers /der Teilnehmerin: .....

**Erforderliche Bewerbungsunterlagen für Ausbildungen, Sonderausbildungen und Weiterbildungen:** Zeugnis, Lehrbrief bzw. Diplom, Staatsbürgerschaftsnachweis bzw. Pass, Geburtsurkunde, Lebenslauf, Lichtbild, zusätzliche kursbezogene Unterlagen nach Absprache mit der Kursleitung.

**Für Seminare, Fortbildungen und Vorträge sind keine zusätzlichen Unterlagen erforderlich.**

Rechnung ergeht an Privatadresse: O ja Teilzahlungen: O ja Anzahl der TZ:

**Rechnung ergeht an Dienstgeber:**

Einverständnis / Bestätigung der Dienststelle oder des Rechtsträgers:

.....  
.....  
.....

Datum: ..... Stempel und Unterschrift: .....