

Fördermittel-Antrag

Anlage 2

Übersicht Fachpersonalkosten

Name der Krebsberatungsstelle: _____

Name der Fachkraft	Anstellungs-träger	a) Funktion in der Beratungsstelle b) Ausbildungsabschluss psychoonkol. Qualifikation	tarifliche Eingruppierung/ Art der Vergütung	A) Durchsch. wöchentl. Arbeitszeit B) Umfang jährliche Beschäftigung	A) Beginn B) Ende der Beschäftigung	voraussichtliche Kosten: a) Arbeitsendgeld b) Arbeitgeberanteil Sozialversicherung c) sonstige Personal-aufwendungen