

# Wichtige Hinweise für Mitgliedsbetriebe der Unfallkasse Rheinland-Pfalz:

Die Unfallkasse RLP hat ihr **Abrechnungsverfahren zur Kostenübernahme** von Aus- und Fortbildungen in Erster Hilfe für die betrieblichen Ersthelfer umgestellt.

**Seit Januar 2018 muss für die zu schulenden Teilnehmer bei der Unfallkasse eine Kostenübernahme beantragt werden.**

**Bitte lassen Sie sich diese rechtzeitig vor dem jeweiligen Kurstermin per E-Mail an die Adresse [ersthilfe@ukrlp.de](mailto:ersthilfe@ukrlp.de) genehmigen und eine schriftliche Bestätigung zusenden.**

**Am jeweiligen Kurstag ist sowohl die schriftliche Kostenübernahmeerklärung als auch das vollständig ausgefüllte BG-Formular der Unfallkasse vorzulegen.**

**Bei fehlender Kostenübernahmeerklärung und / oder fehlendem BG-Formular erfolgt die Rechnungsstellung grundsätzlich an den Auftraggeber bzw. den entsendenden Betrieb.**

Weiterführende Informationen zum neuen Genehmigungssystem der Unfallkasse RLP erhalten Sie auch telefonisch unter der Rufnummer (02632) 960-1650.

Wir bitten um Beachtung ...

## Antrag auf Kostenübernahme der Ersten Hilfe für die Aus- und Fortbildung (DGUV Vorschrift 1)

Mitgliedsnummer (falls bekannt) \_\_\_\_\_

Unfallkasse Rheinland-Pfalz  
Prävention - Assistenz -  
Orensteinstr. 10  
56626 Andernach

Ihr/e Ansprechpartner/in

**Susanne Schimanski / Blandine Weiler**

Telefon: 02632 960-1650

Telefax: 02632 960-1000

E-Mail: [erstehilfe@ukrlp.de](mailto:erstehilfe@ukrlp.de)

Name des Betriebes\* \_\_\_\_\_

Betriebsbereich\* \_\_\_\_\_

Straße\* \_\_\_\_\_

PLZ\*, Ort\* \_\_\_\_\_

Ansprechpartner/in\* \_\_\_\_\_

Telefon\* / E-Mail\* \_\_\_\_\_

**\* Pflichtfelder bitte unbedingt ausfüllen.**

**Wichtig:** Durch die Unfallkasse RLP werden **keine** Schulungskosten übernommen für: Studierende, Praktikantinnen und Praktikanten, Personen im Freiwilligen Sozialen Jahr, Honorarkräfte, geringfügig Beschäftigte oder sonstige, diesen gleichzusetzenden Personen, für Beschäftigte in medizinischen Heilberufen, Aufsichtspersonen in Schwimmbädern oder Angehörige der Freiwilligen Feuerwehren, der Polizei und des Justizvollzugs (Ausnahme: Justizvollzug in Verbindung mit Gerichten).

### 1. Verwaltungen

Betriebsbereich	Anzahl Standorte	Anzahl Beschäftigte	Anzahl beantragter Ersthelferinnen/Ersthelfer <b>Ausbildung</b>	Anzahl beantragter Ersthelferinnen/Ersthelfer <b>Fortbildung</b>	Kostenübernahme (wird durch die Unfallkasse ausgefüllt)	
					<b>Ausbildung</b>	<b>Fortbildung</b>

### 2. Sonstige

Betriebsbereich	Anzahl Standorte	Anzahl Beschäftigte	Anzahl beantragter Ersthelferinnen/Ersthelfer <b>Ausbildung</b>	Anzahl beantragter Ersthelferinnen/Ersthelfer <b>Fortbildung</b>	Kostenübernahme (wird durch die Unfallkasse ausgefüllt)	
					<b>Ausbildung</b>	<b>Fortbildung</b>

\_\_\_\_\_

**Stempel/Unterschrift Antragsteller**

\_\_\_\_\_

**Stempel/Unterschrift Unfallkasse**

## Antrag auf Kostenübernahme der Ersten Hilfe in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen für Kinder

Unfallkasse Rheinland-Pfalz  
Prävention - Assistenz -  
Orensteinstr. 10  
56626 Andernach

Ihr/e Ansprechpartner/in  
**Susanne Schimanski / Blandine Weiler**  
Telefon: 02632 960-1650  
Telefax: 02632 960-1000  
E-Mail: [ersthilfe@ukrlp.de](mailto:ersthilfe@ukrlp.de)

Mitgliedsnummer (falls bekannt) \_\_\_\_\_  
 Name des Betriebes\* \_\_\_\_\_  
 Straße\* \_\_\_\_\_  
 PLZ\*, Ort\* \_\_\_\_\_  
 Ansprechpartner/in\* \_\_\_\_\_  
 Telefon\* / E-Mail\* \_\_\_\_\_

**Wichtig:** Durch die Unfallkasse RLP werden **keine** Schulungskosten übernommen für: Auszubildende, Studierende, Praktikantinnen und Praktikanten, Personen im Freiwilligen Sozialen Jahr, Honorarkräfte, geringfügig Beschäftigte oder sonstige, diesen gleichzusetzenden Personen. Kosten für weiteres Personal in der Kita, z. B. Hauswirtschaftskräfte oder Reinigungspersonal werden ebenfalls **nicht** übernommen.

Anzahl der Gruppen *	Anzahl der betreuten Kinder*	Anzahl der festangestellten pädagogischen Fachkräfte*	Anzahl beantragter Ersthelferinnen/ Ersthelfer	Kostenübernahme (wird durch die Unfallkasse ausgefüllt)

**\*Pflichtfelder, bitte unbedingt ausfüllen**

\_\_\_\_\_  
**Stempel/Unterschrift Antragsteller/in**

\_\_\_\_\_  
**Stempel/Unterschrift Unfallkasse**

Nur **vollständig und leserlich** ausgefüllte Formulare können bearbeitet werden.

## Antrag auf Kostenübernahme der Ersten Hilfe Fortbildung am Langen Nachmittag an Schulen

Unfallkasse Rheinland-Pfalz  
Prävention - Assistenz -  
Orensteinstr. 10  
56626 Andernach

Ihre Ansprechpartnerinnen  
**Susanne Schimanski / Blandine Weiler**

Telefon: 02632 960-1650  
Telefax: 02632 960-3110  
E-Mail: [ersthilfe@ukrlp.de](mailto:ersthilfe@ukrlp.de)

Schul- oder Mitgliedsnummer \* \_\_\_\_\_

Name der Schule\* \_\_\_\_\_

Straße\* \_\_\_\_\_

PLZ\*, Ort\* \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Ansprechpartner/in\* \_\_\_\_\_

Telefon\* \_\_\_\_\_

E-Mail\* \_\_\_\_\_

**\*Pflichtfelder**

Hinweise: Die Unfallkasse übernimmt die Kosten für Lehrkräfte, Pädagogische Fachkräfte, PES-Kräfte, Hausmeisterinnen und Hausmeister sowie Schulsekretärinnen und Schulsekretäre, sofern diese in die Erste-Hilfe-Organisation der Schule eingebunden sind.

Kosten für Integrationskräfte, Praktikantinnen und Praktikanten, Personen im Freiwilligen Sozialen Jahr, Honorarkräfte, geringfügig Beschäftigte, Personal im Ganztagsbereich, Betreuungskräfte sowie Lehramtsanwärterinnen und Lehramtsanwärter werden **nicht** übernommen.

Gesamtzahl möglicher Ersthelferinnen und Ersthelfer für die Kosten übernommen werden (siehe Hinweise oben)	Geplanter Termin/ geplante Termine für die <b>Fortbildung am Langen Nachmittag</b>	Anzahl beantragter <b>Ersthelferinnen/ Ersthelfer</b>	Kostenübernahme (wird durch die Unfallkasse ausgefüllt) <b>Fortbildung am Langen Nachmittag</b>

**Stempel/Unterschrift Antragsteller/in**

**Stempel/Unterschrift Unfallkasse**

# Anmeldeformular

 Ausbildung Fortbildung

## Aus- und Fortbildung für betriebliche Ersthelfer und Ersthelferinnen

 Erste Hilfe in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

Name des Mitgliedsbetriebes \_\_\_\_\_

Straße / Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Zuständiger Unfallversicherungsträger



Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_

### Teilnahmeliste

Die Teilnahmeliste ist vom Unternehmen auszufüllen.  
Die Teilnahme ist von den Teilnehmenden am Tag des Kurses durch Unterschrift zu bestätigen.

	Name, Vorname	Betriebskategorie /Arbeitsbereich	Geburtsdatum	Unterschrift
1			. .	
2			. .	
3			. .	
4			. .	
5			. .	
6			. .	
7			. .	
8			. .	
9			. .	
10			. .	

### Bestätigung durch das Unternehmen

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Unternehmens

### Bestätigung durch die Ausbildungsstelle

abrechenbare Teilnehmeranzahl auf diesem Formular _____	Datum des Lehrgangs _____
Kennziffer der Ausbildungsstelle _____	Name der Lehrkraft _____
Registriernummer des Lehrgangs _____	Ort des Lehrgangs _____
Ort, Datum _____	Anschrift, Unterschrift der Ausbildungsstelle _____