

Bestätigung Anspruchsberechtigung Ausbildungsbeitrag nach dem Pflegeausbildungs-Zweckzuschussgesetz (PAusbZG)

Angaben zur Person und Ausbildung				[Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen. Zutreffendes ankreuzen.]
Nachname				
Vorname(n)				
Akademischer Grad		SV-Nr., Geburtsdatum		
IBAN:		BIC:		
Ausbildung ☒ Sozialbetreuungsberuf (gem. Richtlinie Ausbildungsbeitrag) Bitte Zutreffendes ankreuzen: ☐ Fachsozialbetreuung ☐ Diplomsozialbetreuung		Bitte Zutreffendes ankreuzen: ☐ Altenarbeit ☐ Behindertenarbeit ☐ Behindertenbegleitung ☐ Familienarbeit		
Klasse:				
Ausbildungsbeginn:		Voraussichtliches Ende:		

Auszubildende, die eine Leistung der materiellen Existenzsicherung nach dem Arbeitslosenversicherungsgesetz (AIVG) oder dem Arbeitsmarktservicegesetz (AMSG) während einer Schulungsmaßnahme beziehen, sind vom Ausbildungsbeitrag ausgenommen. Dies betrifft

- **Bezieher:innen des Fachkräftestipendiums*** oder
- **Bezieher:innen des Weiterbildungs-/ Bildungsteilzeitgeldes* (Auslaufprinzip),**
- **Teilnehmende** an sämtlichen vom **AMS** geförderten und über Träger abgewickelte Bildungsmaßnahmen sowie an vom **AMS** finanzierten Aus- und Weiterbildungen (Pflegestipendium, Beihilfe zu Kurskosten bei Bezug der DLU),
- **Teilnehmende** an **Implacementstiftungen*** (Pflegestiftung Tirol der AMG Tirol), an **Outplacementstiftungen*** (Arbeitsstiftungen), an Zielgruppenstiftungen, an einer arbeitsplatznahen Qualifizierung (AQUA), oder an **Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation*** (Umschulung).

* Mit Stand September 2025 in Tirol bestehende Maßnahmen

Bei Unklarheiten setzen Sie sich bitte mit der für Sie zuständigen Förderstelle in Verbindung, um im Vorfeld abzuklären, ob Sie zum Bezug des Ausbildungsbeitrages und/oder des Tiroler Pflegestipendiums berechtigt sind.

Ich bestätige hiermit (bitte Zutreffendes ankreuzen), dass ich

- ☐ **EINE** der oben angeführten Leistungen beziehe (bitte oben ankreuzen) und daher keinen Anspruch auf den Ausbildungsbeitrag nach dem Pflegeausbildungs-Zweckzuschussgesetz (PAusbZG) habe. Ich wünsche aber die Auszahlung des Tiroler Pflegestipendiums (in Höhe von derzeit monatlich bis zu € 130,00).
- ☐ **KEINE** der oben angeführten Leistungen beziehe und folglich Anspruch auf den Ausbildungsbeitrag in der derzeitigen Höhe von monatlich insgesamt bis zu € 630,00 (inklusive des Tiroler Pflegestipendiums im Betrag von höchstens € 130,00) habe und verpflichte mich, bei nachträglicher Inanspruchnahme der oben angeführten Leistungen dies umgehend der Ausbildungseinrichtung bekannt zu geben.
- ☐ auf die Auszahlung des Tiroler Pflegestipendiums VERZICHTE.

Bei einer Änderung informiere ich umgehend die SOB TIROL – Schule für Sozialbetreuungsberufe.

Datum: _____

Unterschrift: _____