# ANTRAG AUF TEAMSUPERVISION / -COACHING

(Bitte gut leserlich ausfüllen! Danke.)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Team:** | |  | |
| **Team-Ansprechpartner/in:**  (Telefonnummer / E-Mail-Adresse) | |  | |
| **Mitglieder** | | | |
| Name |  | Funktion |  |
| Name |  | Funktion |  |
| Name |  | Funktion |  |
| Name |  | Funktion |  |
| Name |  | Funktion |  |
| Name |  | Funktion |  |
| Name |  | Funktion |  |
| *weitere Mitglieder bitte auf einem Extra-Blatt aufführen* | | | |
| **Supervisor(in) / Coach** | | | |
| Name / Ort |  | | |

**Rahmenbedingungen:**

Teamsupervision mit **Dreieckskontrakt** sowie Auftakt- und Abschlussgespräch mit dem / der Vorgesetzten oder dem / der Vertreter/in des Bistums / Förderung bis zu 100%**\*** der Kosten.

Die Förderungshöhe richtet sich nach den diözesanen Standards und den dafür vereinbarten Finanzierungsrichtlinien.

Bei Wahl eines Beraters, einer Beraterin, der/die nicht der AG-Supervision/Coaching angehört, reduziert sich die Förderung

i. d. R. um 25%.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| erste Sitzung am: |  | geplante Sitzungen: |  | Dauer der Sitzung: |  | Kosten pro Stunde*:* |  |
| Ort |  | | | | | | |
| Anlass |  | | | | | | |

**\***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum | |  | | Unterschrift des /der Team-verantwortlichen |  |
|  | | | | | |
| Datum |  | | Unterschrift des Vorgesetzten / des Vertreters / der Vertreterin des Bistums | |  |
| Interne Bemerkungen:  \_\_\_\_\_\_\_\_% Förderung \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sitzungen bis max. \_\_\_\_\_\_\_\_\_Euro/60 Min. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |

*Stand März. 2023*