DEMANDE DE SUBVENTION D’ENCOURAGEMENT POUR LA FORMATION ES EN SOINS INFIRMIERS

Après avoir pris connaissance du concept de subventions d’encouragement 2023-2027 réalisé conjointement par le ceff SANTÉ-SOCIAL et le BZ Pflege et approuvé par la Direction de la Santé, des affaires sociales et de l’intégration (DSSI) du canton de Berne, je dépose une demande de subvention auprès du ceff SANTÉ-SOCIAL.

Lorsque les conditions sont remplies, l’attribution de la subvention se fait selon les priorités fixées dans le concept. Elle est de la compétence de la direction adjointe du ceff SANTÉ-SOCIAL.

Nom :       Prénom :

Date de naissance :

Inscription à la procédure d’admission pour une rentrée le :

*(Cochez ce qui convient)*

Situation personnelle

[ ]  J’atteste être âgé de 27 ans ou plus

Je vis : [ ]  seul/e [ ]  en collocation [ ]  en concubinage [ ]  marié/e

J’ai des enfants à charge : [ ]  non [ ]  1 enfant [ ]  2 enfants [ ]  3 enfants ou plus

[ ]  Je confirme être domicilié(e) dans le canton de Berne depuis au moins 2 ans

Situation financière

[ ]  Je confirme avoir subvenu à mes besoins de manière indépendante au cours des 2 dernières années et ne pas recevoir d’autres soutiens financiers (privé ou familial)

[ ]  Le salaire ordinaire prévu durant la formation ne permet pas de financer mes charges personnelles

[ ]  Dans le cas où la subvention est accordée, je m’engage à travailler en tant qu’infirmier(ère) dans le canton de Berne pendant au moins deux ans après la formation

[ ]  J’affirme avoir pris connaissance du concept de subventions d’encouragement 2023-2027

[ ]  Je comprends que pour valider la demande de subventions, celle-ci doit être accompagnée des décisions de taxation d’impôts des 2 dernières années fiscales (y compris celles du partenaire). Si la décision de taxation de l’année précédente n’est pas encore actée, la déclaration est à transmettre en lieu et place de la dernière décision.

[ ]  Je comprends et accepte que pour l’examen de ma demande le ceff SANTÉ-SOCIAL se réserve le droit de demander des justificatifs supplémentaires.

[ ]  Je déclare les données du présent formulaire conformes à la vérité.

Nom :       Prénom :

Date :       Signature