



# **VEREINBARUNG**

**zwischen Hospizpate und Träger**

**zur Unterstützung der**

1

# **HOSPIZARBEIT**



Träger



Kreisverband Mecklenburgische Seenplatte e.V.

## VEREINBARUNG

### PARTNER

Zwischen dem

DRK Kreisverband Mecklenburgische Seenplatte e.V.  
Lessingstraße 70  
17235 Neustrelitz  
– Hospiz „Müritzpark“ –

Vertreten durch: Uwe Jahn

– nachfolgend Träger genannt–

2

---

und

Vertreten durch:

– nachfolgend Hospizpate genannt–

wird eine verbindliche Fördervereinbarung für die Hospizarbeit des Trägers geschlossen.

## BEITRAG

### TRÄGER

Der Träger begleitet Menschen und deren Angehörige seit vielen Jahren in der häuslichen Umgebung auf dem letzten Lebensweg. Seit Oktober 2019 bietet das Hospiz „Müritzpark“ Hospizgästen stationär einen Raum, um die verbleibende Zeit würdevoll zu erleben. Fürsorge, lindernde Hilfe für körperliches und seelisches Leid, verbunden mit Zeit für die unterschiedlichen Sorgen und Nöte, schaffen einen Rahmen für Betroffene, der Halt geben soll.

Laut Gesetz ist der Träger dazu verpflichtet, 5 Prozent der im Zusammenhang mit der Hospizarbeit entstehenden Kosten aus Eigenmitteln selbst zu finanzieren, 95 Prozent der Kosten werden von den Kranken- und Pflegekassen übernommen.

Das bedarf der Unterstützung zahlreicher Privatpersonen und Hospizpaten.

Dem Träger ist daran gelegen, eine hohe Aufmerksamkeit für die Hospizarbeit auch in der Öffentlichkeit zu erreichen, denn im Wandel der Zeit wurde das Thema Sterben und Tod aus dem gesellschaftlichen Alltag verdrängt.

3

Der DRK Kreisverband Mecklenburgische Seenplatte e.V. möchte dieser Entwicklung wirkungsvoll begegnen. Deshalb soll die Hospizarbeit enttabuisiert werden und in der Mitte der Gesellschaft einen neuen Stellenwert bekommen – im Sinne der Hospizidee, dass Sterben Leben ist – Leben bis zuletzt.

Deshalb wird der Träger regelmäßig Veranstaltungen organisieren, die einen besonderen Rahmen für das Einander-Kennenlernen der Hospizpaten und in der Hospizarbeit beschäftigten Menschen leisten. Dies bietet allen Beteiligten die Gelegenheit, sich gemeinsam zu trauen und einem schwierigen Thema anzunähern und sich darüber auszutauschen.

Das Hospiz wird kontinuierlich durch eine aktive Pressearbeit begleitet, um über die Darstellung der fortlaufenden Entwicklung dieses Thema immer wieder in die Öffentlichkeit zu transportieren.

Außerdem werden alle Aktivitäten/Veranstaltungen auf der Homepage des Trägers dargestellt, wobei explizit das soziale Engagement der beteiligten Personen und der beteiligten Hospizpaten (mit Logo) dargestellt wird.

## HOSPIZPATE

Der Hospizpate stellt zur Förderung der Hospizarbeit dem Träger finanzielle Mittel

in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro

- monatlich
- quartalsweise
- halbjährlich
- jährlich

zur Verfügung.

Diese Zuwendungen werden zweckgebunden für das Hospiz „Müritzpark“ verwendet.

- Ich erteile Ihnen ein Sepa Lastschriftmandat (siehe Anlage1)
- Die Zahlung erfolgt bargeldlos auf das Konto IBAN DE30150517320030003348, BIC NOLADE21MST, bei der Bank Sparkasse Mecklenburg-Strelitz unter dem Stichwort „HOSPIZPATE“ jährlich jeweils zum \_\_\_\_\_ .

4

Der Träger erteilt als Spendenempfänger nach den Bestimmungen des Einkommenssteuergesetzes eine Zuwendungsbestätigung, die der Hospizpate zeitnah erhält.

Der Hospizpate erhält Einladungen zu den Hospizveranstaltungen (z.B. Vernissagen, musikalischen und literarischen Veranstaltungen, dem Hospizlauf u.a.) und er wird neben seiner finanziellen Unterstützung auch ein wichtiger Multiplikator für die gesamte Hospizarbeit des Trägers.

Unter dem Motto „Spenden statt schenken“ können natürlich auch direkt finanzielle Mittel für die Hospizarbeit eingeworben werden.

Der Hospizpate übermittelt digital das Firmenlogo, welches zu Präsentationszwecken vom Träger genutzt werden darf.



**Vereinbarung**

Die Vereinbarung beginnt am \_\_\_\_\_ und gilt für ein Jahr.  
Sie verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn keine der beiden Seiten die Vereinbarung schriftlich bis zum 31.12. des laufenden Jahres kündigt.

**SALVATORISCHE KLAUSEL**

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam oder undurchführbar sein oder nach Vereinbarungsschluss unwirksam oder undurchführbar werden, so wird dadurch die Wirksamkeit der Vereinbarung im Übrigen nicht berührt. An die Stelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung soll diejenige wirksame und durchführbare Regelung treten, deren Wirkungen der wirtschaftlichen Zielsetzung möglichst nahekommen, die die beiden Parteien mit der unwirksamen beziehungsweise undurchführbaren Bestimmung verfolgt haben. Die vorstehenden Bestimmungen gelten entsprechend für den Fall, dass sich die Vereinbarung als lückenhaft erweist.

**NEBENABREDEN / SCHRIFTFORM**

Nebenabreden sind nicht geschlossen.

Die Aufhebung, Änderung oder Ergänzung der Vereinbarung bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform.

-----  
Ort / Datum

-----  
Ort / Datum

-----  
Unterschrift Hospizpate

-----  
Unterschrift Projektträger



Anlage 1

„SEPA-Basislastschrift-Mandat für wiederkehrende Zahlungen“

DRK KV Mecklenburgische Seenplatte e.V.  
Lessingstr. 70, 17235 Neustrelitz

\_\_\_\_\_  
(Gläubiger-Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers)

Hospizpate – Hospiz Müritzpark \_\_\_\_\_  
(Mandatsreferenz)

**SEPA-Lastschrift-Mandat**

Ich ermächtige / wir ermächtigen den  
DRK KV Mecklenburgische Seenplatte e.V.

widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen wegen

Hospizpatenbeitrag \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_  
(Verpflichtungsgrund)

von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich / weisen wir mein / unser Kreditinstitut an, die vom DRK KV Mecklenburgische Seenplatte e.V. auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

6

Hinweis: Ich kann / wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
(Name des Kontoinhabers)

\_\_\_\_\_  
(Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Land des Kontoinhabers)

\_\_\_\_\_  
(Name des Kreditinstitutes des Kontoinhabers)

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
(Internationale Bankleitzahl BIC des Kreditinstitutes des Kontoinhabers)

DE \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_  
(Internationale Bankkontonummer IBAN des Kontoinhabers)

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum und Unterschrift(en) des Kontoinhabers)