

Landesamt für Soziales und Versorgung Lipezker Straße 45, Haus 5 Dezernat 53 03048 Cottbus	Eingangsstempel des Landesamtes für Soziales und Versorgung
---	---

## Mittelanforderung „Fortbildungsförderung“

für die Unterstützung der Hebammen bei der Wahrnehmung ihrer gesetzlich vorgeschriebenen Fortbildungspflicht

Auf der Grundlage der Hebammenförderrichtlinie des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz im Rahmen des Hebammenaktionsplanes des Landes Brandenburg

### Auszahlungsantrag zum Aktenzeichen:

Das Aktenzeichen (aus dem Bewilligungsbescheid) bitte unbedingt angeben.

### Antragstellerin/Antragsteller (Vor- und Zuname):

### Anschrift:

PLZ/ Ort:

Straße/ Hausnummer:

Telefon/E-Mail:

(bitte für evtl. Rückfragen angeben – Angaben freiwillig)

Thema der Fortbildung

Fortbildungsstätte:

Die Fortbildung fand statt vom:

bis:

### Folgende Unterlage ist beigefügt (bitte ankreuzen):

Original der unterschriebenen Bestätigung der Fortbildungseinrichtung über die erfolgreiche Teilnahme an der berufsbezogenen Fortbildung

Ja

Nein

**Angaben zur Anforderung der Mittel (bitte ankreuzen):**

Es handelt sich um die erste Mittelanforderung in diesem Haushaltsjahr Ja     Nein

Ich habe bereits einen Zuschuss/mehrere Zuschüsse für eine Fortbildung in diesem Haushaltsjahr bewilligt bekommen, wenn ja Betrag der Bewilligung/en aufführen: Ja     Nein

Ich habe bereits eine Auszahlung/mehrere Auszahlungen für eine Fortbildung in diesem Haushaltsjahr erhalten, wenn ja Betrag der bisherigen Auszahlung/en aufführen: Ja     Nein

Hier die Eintragungen nur vornehmen, wenn es sich um ein **nach dem Erstantrag neu** eingerichtetes Konto handelt!!!

**Bankverbindung:**

Kontoinhaber\*:

Kreditinstitut:

IBAN-Nummer:

BIC-Nummer:

\* Kontoinhaber kann nur der Antragsteller/die Antragstellerin sein

Ort / Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers