

1. Beantragte Zuwendung

Fortbildungskosten gesamt:

Beantragte Zuwendung:

(50 % der zuwendungsfähigen Fortbildungskosten, jedoch höchstens 500 € pro Antragstellenden und Jahr)

2. Folgende Unterlagen sind beigefügt:

- | | | |
|---|----|------|
| 2.1 Kopie der Berufsbezeichnungserlaubnis (Urkunde) | Ja | Nein |
| 2.2 Angaben zur Fortbildungsveranstaltung (z.B. eine Kopie des Fortbildungsflyers oder ähnliches einschließlich über Informationen über die Kosten der Fortbildung) | Ja | Nein |
| 2.3 Bei angestellter Tätigkeit Bestätigung des Arbeitgebers, dass die oder der Antragstellende eine festangestellte Tätigkeit im Land Brandenburg ausübt und vom Arbeitgeber keine finanzielle Unterstützung für diese Fortbildung erhält | Ja | Nein |
| 2.4 eine Kopie der Bestätigung der Anzeige beim Gesundheitsamt nach § 12 Absatz 2 Satz 1 des Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetzes vom 23. April 2008 (GVBl. I S. 95), das zuletzt durch Artikel 13 des Gesetzes vom 25. Januar 2016 (GVBl. I Nr. 5 S. 17) geändert worden ist, als Nachweis für die Ausübung der Tätigkeit im Land Brandenburg | Ja | Nein |

3. Sonstige Angaben zur Antragstellung

- | | | |
|---|----|------|
| 3.1 Es handelt sich um einen Erstantrag in diesem Haushaltsjahr | Ja | Nein |
| 3.2 Ich habe bereits einen Zuschuss/mehrere Zuschüsse für eine Fortbildung in diesem Haushaltsjahr bewilligt bekommen/erhalten. | Ja | Nein |

Wenn ja, bitte den Betrag der Bewilligung aufführen:

und den Betrag der bisherigen Auszahlung aufführen:

Bankverbindung:

Kontoinhaber*:

Kreditinstitut:

IBAN-Nummer:

BIC-Nummer:

* Kontoinhaber kann nur der Antragsteller/die Antragstellerin sein

Erklärungen:

Ich versichere, alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben.

Mir ist bekannt, dass das LASV jederzeit verlangen kann, dass die Antragstellerin/der Antragsteller alle Angaben ihm gegenüber glaubhaft macht bzw. dass auf Anforderung weitere Unterlagen vorzulegen sind.

Ein Rechtsanspruch besteht nicht.

Eine unberechtigte Inanspruchnahme von Zuschüssen führt zu einer Rückforderung.

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis zur Verarbeitung meiner personen- und maßnahmenbezogenen Daten sowie Teilnehmerdaten und bestätige deren Richtigkeit. Mir ist bekannt, dass es sich sowohl um für die Bearbeitung des Antrages notwendige Daten handelt, als auch um Daten die ausschließlich statistischen Zwecken dienen und die erhobenen Daten auch an das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz (MSGIV) weitergegeben werden können.

Ich bin anhand der dem Antrag beigefügten Informationen zum Datenschutz darüber belehrt, dass ich mein Einverständnis zur Verarbeitung (erheben, speichern, übermitteln, sperren, löschen und nutzen) versagen oder jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Rechtsnachteile widerrufen kann. Ich bin ebenfalls darüber belehrt, dass die vollständige Versagung meines Einverständnisses wegen des Fehlens für die Antragsbearbeitung notwendiger Daten zur Ablehnung der Zuwendung führen kann.

Mir ist bekannt, dass die Mittelanforderung **spätestens einen Monat** nach Abschluss der Fortbildung bei der Bewilligungsbehörde einzureichen ist.

Mir ist bekannt, dass die Auszahlung der Zuwendung nach Abschluss der Fortbildung auf **Antrag** unter Vorlage der Mittelabforderung (**Anlage 2 „Mittelabforderung Fortbildung“**) sowie der im Original unterschriebenen **Bestätigung der Fortbildungseinrichtung** über die erfolgreiche Teilnahme an der berufsbezogenen Fortbildung, erfolgt.

Diese Bestätigung der Fortbildungseinrichtung über die erfolgreiche Teilnahme gilt gleichzeitig als **Verwendungsnachweis**.

.....
Ort / Datum.....
Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers