

Landesamt für Soziales und Versorgung  
Lipezker Straße 45, Haus 5  
Dezernat 53  
03048 Cottbus

Eingangsstempel des Landesamtes für Soziales und Versorgung

## Antrag „Praxisgründungsförderung“

auf Gewährung eines Zuschusses zur Steigerung der Anzahl der in Brandenburg freiberuflich tätigen Hebammen, Praxen etc.

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

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

Hebamme                      Entbindungspfleger

Antrag für die Neu- oder Wiederaufnahme einer freiberuflichen Hebammentätigkeit, die erstmalige Gründung einer Hebammenpraxis, einer Filiale oder die erstmalige Erweiterung des spezifischen Leistungsspektrums zur Ausübung einer freiberuflichen Tätigkeit als niedergelassene Hebamme für kassenfinanzierte Regelleistungen der Hebammenhilfe

Antrag für die Gründung oder (Leistungs-) Erweiterung eines hebammengeführten Geburtshauses

Es können nur Praxisgründungen/-erweiterungen/die Niederlassung etc. gefördert werden, die nach Inkrafttreten der Hebammenförderrichtlinie am 1. August 2020 begonnen wurden!

Zuwendungsfähig sind Sach- und Personalausgaben, die in direktem Zusammenhang mit der Aufnahme einer freiberuflichen Tätigkeit, der Gründung und dem Aufbau einer Praxis, einer Filiale oder eines hebammengeführten Geburtshauses oder der erstmaligen Erweiterung einer freiberuflichen Hebammentätigkeit für kassenfinanzierte Regelleistungen der Hebammenhilfe im Land Brandenburg stehen.

Mit dem Antrag ist im Geschäfts- und Finanzierungsplan darzustellen, welche Maßnahmen ergriffen werden, um die geförderten Angebote für Menschen mit Behinderungen oder Beeinträchtigungen diskriminierungs- und barrierefrei im Sinne des Brandenburgischen Behindertengleichstellungsgesetzes zu gestalten.

**Anschrift:**

PLZ/ Ort: .....

Straße/ Hausnummer: .....

Telefon/E-Mail: .....  
(bitte für evtl. Rückfragen  
angeben – Angaben freiwillig)

**genaue Anschrift der  
Praxis/Filiale/  
Niederlassung/  
Geburtshauses:** .....

Zeitraum der Praxisgründung\* vom ..... bis .....

**direkt nach der Ausbildung  
nach Familienpause  
im laufenden Berufsleben**

\* Der Antrag ist im Regelfall bis spätestens acht Wochen vor dem Beginn der Maßnahme mit allen notwendigen Unterlagen einzureichen.

## 1. Folgende Voraussetzungen sind erfüllt:

- |   |    |               |
|---|----|---------------|
| 1. Es handelt sich um die Neuaufnahme oder Wiederaufnahme einer freiberuflichen Hebammentätigkeit   | Ja | Nein          |
| wöchentlicher Stundenumfang im Rahmen der freiberuflichen Hebammentätigkeit:  |    | Wochenstunden |
| 2. Es handelt sich um die erstmalige Gründung einer Hebammenpraxis  | Ja | Nein          |
| 3. Es handelt sich um die erstmalige Gründung einer Filiale   | Ja | Nein          |
| 4. Es handelt sich um die erstmalige Gründung eines Geburtshauses   | Ja | Nein          |
| 5. Es handelt sich um die erstmalige Erweiterung des spezifischen Leistungsspektrums zur Ausübung einer freiberuflichen Tätigkeit als niedergelassene Hebamme für kassenfinanzierte Regelleistungen der Hebammenhilfe | Ja | Nein          |
| Erweiterung der Vorsorge  | Ja | Nein          |
| Erweiterung der Geburtshilfe  | Ja | Nein          |
| Erweiterung der Nachsorge   | Ja | Nein          |

## 2. Folgende Unterlagen sind beigefügt

- |  |    |      |
|--|----|------|
| 1. Kopie der Berufsbezeichnungserlaubnis (Urkunde)   | Ja | Nein |
| 2. der unterschriebene Finanzierungsplan (Anlage 2)  | Ja | Nein |
| 3. die unterschriebene Erklärung über die Neu- oder Wiederaufnahme oder die erstmalige Öffnung der freiberuflichen Hebammentätigkeit für kassenfinanzierte Regelleistungen der Hebammenhilfe (Anlage 1 - Erklärungen)  | Ja | Nein |
| 4. die unterschriebene Verpflichtungserklärung, dass die freiberufliche Tätigkeit für mindestens 36 Monate im Land Brandenburg ausgeübt werden wird (Anlage 1 - Erklärungen)   | Ja | Nein |
| 5. 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 |

zu beachten:

Es ist die Anzeige vorzulegen, in dessen Zuständigkeit die zukünftige Hebammentätigkeit fällt.

## 3. Gründungskosten

- Gründungskosten gem. Finanzierungsplan:
- Beantragte Zuwendung:  
(max. pauschal. 7.500,00 €,  
bei erstmaligen eines Gründung Geburtshaus max. pauschal 15.000,00 €)

**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.

Mir ist bekannt, dass die freiberufliche Hebammentätigkeit oder die Arbeit in der Praxis, der Filiale oder dem Geburtshaus innerhalb von sechs Monaten nach der Bewilligung der Förderung aufzunehmen ist.

Mir ist bekannt, dass ich mich dazu verpflichte, meine freiberufliche Tätigkeit für mindestens 36 Monate im Land Brandenburg auszuüben.

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 Auszahlung der Zuwendung auf gesonderten Antrag (Anlage 3) nach Aufnahme der Praxisgründungs- oder Praxiserweiterungsmaßnahmen erfolgt.

Mir ist bekannt, dass der Zuschuss bei der Neu- oder Wiederaufnahme einer freiberuflichen Hebammentätigkeit, der erstmaligen Gründung einer Hebammenpraxis, einer Filiale oder der erstmaligen Erweiterung des spezifischen Leistungsspektrums zur Ausübung einer freiberuflichen Tätigkeit als niedergelassene Hebamme für kassenfinanzierte Regelleistungen der Hebammenhilfe pauschal 7 500 Euro beträgt sowie bei der Gründung oder (Leistungs-) Erweiterung eines hebammengeführten Geburtshauses pauschal 15 000 Euro.

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