

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

**Anlage 1: „Erklärungen“ zum 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):** .....

**Anschrift:**

PLZ/ Ort: .....

Straße/ Hausnummer: .....

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

Hiermit erkläre ich, dass es sich bei meinem Antrag auf Praxisgründungsförderung um eine **Neuaufnahme / Wiederaufnahme / erstmalige Öffnung (nichtzutreffendes bitte streichen)** der freiberuflichen Hebammentätigkeit für kassenfinanzierte Regelleistungen der Hebammenhilfe handelt.

.....  
 Ort / Datum

.....  
 Unterschrift

Hiermit verpflichte ich mich, dass die freiberufliche Tätigkeit für mindestens 36 Monate im Land Brandenburg ausgeübt werden wird.

.....  
 Ort / Datum

.....  
 Unterschrift