

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

Auszahlungsantrag „Praxisgründungsförderung“

für eine Zuwendung 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

Das Aktenzeichen (aus dem Bewilligungsbescheid) bitte unbedingt angeben.

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

Anschrift:

PLZ/ Ort: -----

Straße/ Hausnummer: -----

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

genaue Anschrift der Praxis/Filiale/ Niederlassung/ Geburtshauses: -----

2. **Zuwendungszweck:**

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

Gründung oder (Leistungs-) Erweiterung eines hebammengeführten Geburtshauses

3. Folgende Sach- und Personalausgaben mache ich für die Berechnung/Auszahlung der Zuwendung geltend:

| | Ausgaben mit eingereichtem Finanzplan beantragt | Folgenden Ausgaben werden geltend gemacht |
|--|--|--|
| 3.1 Miet- und Mietnebenausgaben | | |
| 3.2 Kosten für die Renovierung | | |
| 3.3 Kosten für die (Geräte-) Ausstattung | | |
| 3.4 Kosten für Ausrüstungs-/Ausstattungs-/Verbrauchsgegenstände (Hebammenkoffer) | | |
| 3.5 Kosten für die aufsuchende Hebammentätigkeit | | |
| 3.6 Kosten für die Anschaffung eines PKW für die aufsuchende Hebammentätigkeit in der Fläche | | |
| 3.7 Ausgaben für Büro-/Verbrauchsmaterialien einschließlich Fachliteratur Porto, Telefon und Öffentlichkeitsarbeit | | |
| 3.8 Sonstiges wie: | | |
| Summe der geltend gemachten Kosten: | | |

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

4. Bankverbindung:

Kontoinhaber*:

Kreditinstitut:

IBAN-Nummer:

BIC-Nummer:

* Kontoinhaber kann nur der Antragsteller/die Antragstellerin sein

5. Erklärungen

Ich versichere, alle Angaben wahrheitsgemäß und vollständig 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 Erstantrag 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 ich mich dazu verpflichte, nach Abschluss der Niederlassungs-, Praxisgründungs- oder Praxiserweiterungsmaßnahmen, spätestens aber sechs Monate nach Bewilligung der Förderung, den Nachweis der zweckentsprechenden sowie wirtschaftlichen und sparsamen Verwendung der Zuwendung über eine Verwendungsbestätigung (s. Anlage 4 „Nachweis Praxisgründung“) zu erbringen.

Darüber hinaus weise ich nach Ablauf der Bindungsdauer unaufgefordert nach, dass die freiberufliche Hebammentätigkeit mit kassenfinanzierten Regelleistungen der Hebammenhilfe in den vergangenen 36 Monaten im Land Brandenburg ausgeübt wurde (zum Beispiel über den Nachweis der bestehenden Kassenzulassung nach § 134a Absatz 1 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch).

Ort / Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers