

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

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

| | |
|---|------------------------|
| <p>Antragstellerin/Antragsteller (Vor- und Zuname):</p> | <p>.....</p> |
| <p>Anschrift: PLZ/ Ort: Straße/ Hausnummer:</p> | <p>.....</p> |
| <p>Telefon/E-Mail: (bitte für evtl. Rückfragen angeben – Angaben freiwillig)</p> | <p>.....</p> |

| | |
|---|----------------------|
| <p>Hiermit erkläre ich, dass es sich bei meinem Antrag auf Praxisgründungsförderung um eine</p> | |
| <p>Neuaufnahme / Wiederaufnahme / erstmalige Öffnung (<i>nichtzutreffendes bitte streichen</i>)</p> | |
| <p>der freiberuflichen Hebammentätigkeit für kassenfinanzierte Regelleistungen der Hebammenhilfe handelt.</p> | |
| <p>Ort/Datum:</p> | <p>Unterschrift:</p> |

| | |
|--|----------------------|
| <p>Hiermit verpflichte ich mich, dass die freiberufliche Tätigkeit für mindestens 36 Monate im Land Brandenburg ausgeübt werden wird.</p> | |
| <p>Ort/Datum:</p> | <p>Unterschrift:</p> |