

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

Mittelanforderung „Fortbildungsförderung“

für die Unterstützung der Hebammen bei der Wahrnehmung ihrer gesetzlich vorgeschriebenen Fortbildungspflicht

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

Auszahlungsantrag zum Aktenzeichen:	HB.F -
-------------------------------------	--------

Das Aktenzeichen (aus dem Bewilligungsbescheid) bitte unbedingt angeben.

Antragstellerin/Antragsteller (Vor- und Zuname):
Anschrift: PLZ/ Ort: Straße/ Hausnummer:
Telefon/E-Mail: (bitte für evtl. Rückfragen angeben – Angaben freiwillig)
Thema der Fortbildung: Fortbildungsstätte: Die Fortbildung fand statt: vom: bis:

Folgende Unterlage ist beigelegt:	(bitte ankreuzen) Ja Nein
Original der unterschriebenen Bestätigung der Fortbildungseinrichtung über die erfolgreiche Teilnahme an der berufsbezogenen Fortbildung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Angaben zur Anforderung der Mittel:	(bitte ankreuzen) Ja Nein
Es handelt sich um die erste Mittelanforderung in diesem Haushaltsjahr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ich habe bereits einen Zuschuss/mehrere Zuschüsse für eine Fortbildung in diesem Haushaltsjahr bewilligt bekommen, wenn ja Betrag der Bewilligung/en aufführen:€	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ich habe bereits eine Auszahlung/mehrere Auszahlungen für eine Fortbildung in diesem Haushaltsjahr erhalten, wenn ja Betrag der bisherigen Auszahlung/en aufführen:€	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

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

Bankverbindung:

Kontoinhaber*: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN-Nummer: _____

BIC-Nummer: _____

* Kontoinhaber kann nur der Antragsteller/die Antragstellerin sein

_____ Ort / Datum	_____ Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers
----------------------	--