

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

Eingangsstempel des Landesamtes für Soziales und Versorgung

Antrag „Externatsförderung“

**auf Gewährung eines Zuschusses zur Förderung der Begleitung von Auszubildenden
im Rahmen der praktischen Ausbildung (Hebammenexternat)**

**auf Grundlage der Hebammenförderrichtlinie des Ministeriums Gesundheit und Soziales des
Landes Brandenburg**

Antragstellerin/Antragsteller (Vor- und Zuname):

Hebamme

Entbindungspfleger

Erstantrag im lfd. Jahr

Folgeantrag im lfd. Jahr

Für jedes begleitete Hebammenexternat ist ein gesonderter Antrag zu stellen!

Anschrift:

Telefon (bitte für evtl. Rückfragen angeben)

E-Mail

Steuerliche Identifikationsnummer (Steuer-ID):

Bankverbindung – Hinweis: Kontoinhaber kann nur Antragsteller*in sein

IBAN:

BIC:

**genaue Anschrift der staatlich
anerkannten Schule mit der eine
Kooperationsvereinbarung
besteht:**

1. Externatszeitraum

1.1 Zeitraum des Externats* vom

bis

*Der Zeitraum muss mindestens 2 Wochen umfassen und darf 12 Wochen nicht überschreiten, wobei eine Ausbildungswoche fünf Arbeitstagen entspricht. Zeiten der Unterbrechung der Ausbildung, beispielsweise wegen Urlaub oder Krankheit der oder des Auszubildenden oder der Hebamme, werden nicht gefördert.

2. Folgende Unterlagen sind beigefügt

Kopie der Berufsbezeichnungserlaubnis (Urkunde)

Ermächtigung zur praktischen Ausbildung durch das Landesamt für Gesundheit (LAVG)

Kooperationsvereinbarung mit der staatlich anerkannten Hebammenschule

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), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 23. November 2023 (GVBl. I Nr. 23))

3. Beantragte Zuwendung

Anzahl der praktischen Ausbildungstage*	Pauschaler Förderbetrag (Tagessatz in €)	Beantragte Zuwendung in €
	20 €	

Bitte beachten Sie:

Mit der Maßnahme dürfen Sie erst nach Erhalt des Bescheides beginnen.

Fügen Sie alle erforderlichen Unterlagen bei (Berufserlaubnis, Ermächtigung zur praktischen Ausbildung, Kooperationsvereinbarung und Kopie der Bestätigung der Anzeige beim Gesundheitsamt).

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben wahrheitsgemäß sind.

Ihnen ist bekannt, dass das LASV jederzeit verlangen kann, dass die antragstellende Person alle Angaben ihm gegenüber glaubhaft macht bzw. dass auf Anforderung weitere Unterlagen vorzulegen sind.

Ein Rechtsanspruch besteht nicht.

Eine unberechtigte Inanspruchnahme von Zuschüssen führt zu einer Rückforderung.

Erklärungen:

Ich erkläre, dass mit der Maßnahme noch nicht begonnen wurde und vor Bekanntgabe des Zuwendungsbescheides ohne vorherige Zustimmung der Bewilligungsbehörde nicht begonnen wird; als Vorhabenbeginn ist grundsätzlich der Abschluss eines der Ausführung zuzurechnenden Lieferungs- oder Leistungsvertrages zu werten.

Ich habe keinen gleichartigen Antrag auf Förderung für denselben Zweck bei einer anderen Landesbehörde Brandenburgs, eines anderen Bundeslandes, des Bundes, der Europäischen Union oder sonstigen Stellen eingereicht.

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis zur Verarbeitung meiner personen- und maßnahmenbezogenen Daten 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 Gesundheit und Soziales (MGS) weitergegeben werden können. Mir ist bekannt, dass ich ohne die Angabe von Gründen mein Einverständnis widerrufen kann.

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.

Ort / Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

Information des Landesamtes für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg zum Datenschutz

Sie werden im Folgenden entsprechend den gesetzlichen Vorschriften gemäß Art. 13 und 14 der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) informiert:

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist das

Landesamt für Soziales und Versorgung
des Landes Brandenburg,
Lipezker Str. 45, Haus 5
03048 Cottbus

Telefon: 0355 2893-0

E-Mail: post@lasv.brandenburg.de

Internet: www.lasv.brandenburg.de

Das Landesamt wird vertreten durch die Präsidentin Frau Christina Schröter.

Mit der **Datenschutzbeauftragten** des Landesamtes für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg (LASV) können Sie unmittelbar auf den folgenden Wegen Kontakt aufnehmen:

Landesamt für Soziales und Versorgung
Gabriele Jaron
Lipezker Str. 5, Haus 5
03048 Cottbus

Telefon: 0355 2893-133

E-Mail: datenschutz@lasv.brandenburg.de

Ihre personenbezogenen Daten sind für folgenden **Zweck** erforderlich: **Gewährung von Zuwendungen nach §§ 23 und 44 LHO Brandenburg**

Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung sind Art. 6 Abs. 1 Buchstaben a und e sowie Art. 9 Abs. 2 Buchstaben a und b der EU-DSGVO, § 3 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und § 5 Abs. 1 des Brandenburgischen Datenschutzgesetzes (BbgDSG), §§ 67 ff. SGB X.

Ihre Angaben sind freiwillig. Wenn Sie keine Angaben oder keine vollständigen Angaben machen, können wir Ihren Antrag aber möglicherweise nicht richtig bearbeiten.

Wir geben Ihre personenbezogenen Daten an Dritte weiter, wenn Sie hierzu eingewilligt haben oder eine gesetzliche Vorschrift eine **Datenübermittlung** ausdrücklich vorsieht.

Ihre Daten verarbeiten wir nur solange sie für den vorgenannten Zweck einschließlich etwaiger Rechtsbehelfsverfahren und kostenrechtlicher Abwicklung, zur Wahrnehmung der Dienst- und Fachaufsicht sowie zur Bearbeitung von Eingaben, Auskunftersuchen und Beschwerden, **erforderlich sind** und darüber hinaus gemäß den gesetzlichen Nachweis- und Aufbewahrungsfristen.

Nach der EU-DSGVO haben Sie **folgende Rechte**:

- Sie können von uns **Auskunft** über Ihre Daten verlangen, die wir gespeichert haben.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **berichtigen**, wenn sie unrichtig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **vervollständigen**, wenn sie unvollständig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **löschen**, wenn wir sie nicht mehr benötigen. Dies könnte insbesondere dann der Fall sein, wenn Sie Ihren Antrag zurücknehmen oder der Verarbeitung Ihrer Daten widersprechen.
- Sie können von uns verlangen, die Verarbeitung Ihrer Daten **einzuschränken**. Das können Sie insbesondere dann tun, wenn Sie verlangt haben, Ihre Daten zu berichtigen und noch nicht geklärt ist, ob die Daten tatsächlich unrichtig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zur Übertragbarkeit **bereitzustellen**.
- Sie können Ihre Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit **widerrufen**. Der Widerruf gilt aber nicht rückwirkend. Er macht die vor dem Widerruf stattgefundene Verarbeitung Ihrer Daten nicht rechtswidrig.
- Sie können der Verarbeitung Ihrer Daten durch uns und der Übermittlung an Dritte jederzeit **widersprechen**.

Bei **Fragen oder Beschwerden** können Sie sich auch an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz und für das Recht auf Akteneinsicht Brandenburg
Dagmar Hartge
Stahnsdorfer Damm 77
14532 Kleinmachnow

Telefon: 033203 356-0

Telefax: 033203 356-49

E-Mail: poststelle@lda.brandenburg.de

Internet: www.lda.brandenburg.de