



<b>Folgende Voraussetzungen sind erfüllt:</b>		(bitte ankreuzen) Ja    Nein	
1	Die/Der begleitete Auszubildende absolviert/absolvierte ihre/seine Ausbildung an einer staatlich anerkannten Schule für Hebammen und Entbindungspfleger im Land Brandenburg:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Die/Der Auszubildende absolviert/absolvierte das Hebammenexternat für einen Zeitraum von mindestens zwei und maximal zwölf Wochen bei mir als Hebamme im Land Brandenburg, wobei eine Ausbildungswoche fünf Arbeitstagen entspricht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ich bin von der zuständigen Behörde (LAVG) als Praxisstätte ermächtigt worden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ich habe mit der staatlich anerkannten Hebammenschule eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Folgende Unterlagen sind in Kopie beigefügt:</b>		(bitte ankreuzen) Ja    Nein	
1	Berufsbezeichnungserlaubnis (Urkunde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ermächtigung zur praktischen Ausbildung durch das für Gesundheit zuständige Landesamt (LAVG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Kooperationsvereinbarung mit der staatlich anerkannten Hebammenschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Bestätigung der Anzeige beim Gesundheitsamt nach § 12 Abs. 2 Satz 1 des Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetzes vom 23. April 2008 (GVBl. I S. 95) als Nachweis für die Ausübung der Tätigkeit im Land Brandenburg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bankverbindung:**

Kontoinhaber\*: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN-Nummer: \_\_\_\_\_

BIC-Nummer: \_\_\_\_\_

\* Kontoinhaber kann nur der Antragsteller/die Antragstellerin sein

**Ich versichere, alle Angaben wahrheitsgemäß 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 Zeiten der Unterbrechung der Ausbildung beispielsweise wegen Urlaub oder Krankheit der/des Auszubildenden oder der Hebammen/des Entbindungspflegers nicht gefördert werden.

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 Antrag beigefügten Informationen zum 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 die Auszahlung der Zuwendung nach Abschluss des Hebammenexternates unter Vorlage der Bestätigung der Schule über den Zeitraum und die Durchführung des Hebammenexternates erfolgt.

Mir ist bekannt, dass der Zuschuss für einen absolvierten Ausbildungstag pauschal 20 Euro beträgt, insgesamt maximal 1.200 Euro bei einer zwölfwöchigen Dauer des Hebammenexternats.

**Die Bestätigung der Schule über den Zeitraum und die Durchführung des Hebammenexternates werde ich anhand des vorgegeben Formulars zeitnah, spätestens aber einen Monat nach Beendigung des Externates unter Beachtung der Bestimmungen im Bewilligungsbescheid einreichen.**

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers