

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

Eingangsstempel des Landesamtes für Soziales und Versorgung

Antrag „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

Achtung: Für jede Fortbildung ist ein gesonderter Antrag beim LASV zu stellen. Der Antrag ist im Regelfall bis spätestens vier Wochen vor dem Beginn der Maßnahme mit allen notwendigen Unterlagen einzureichen.

Antragstellerin/Antragsteller (Vor- und Zuname):

- Hebamme Entbindungspfleger

Folgende Voraussetzungen sind erfüllt:

- Die Tätigkeit wird im Land Brandenburg ausgeübt
 Der Nachweis wird erbracht, dass an einer berufsbezogenen und im Einzelfall notwendigen Fortbildung teilgenommen wurde.

Es können Fortbildungen gefördert werden, die ab Inkrafttreten der Hebammenförderrichtlinie, ab dem 01. August 2020 begonnen wurden!

Zuwendungsfähig sind Ausgaben für durch Dritte erbrachte berufsbezogene Fortbildungen (auch Fachtagungen und fachpädagogische Fortbildungen) inklusive ggf. anfallender Prüfungsgebühren, insbesondere der Hebammenschulen, der Hochschulen mit Hebammenstudiengang und der Hebammenverbände, die dem Erhalt und der Entwicklung der zur Berufsausübung notwendigen Fachkenntnisse dienen.

Die Fortbildungsförderung erfolgt als Zuschuss. Pro Antrag können bis zu 50 Prozent der zuwendungsfähigen Gesamtausgaben bezuschusst werden. Der Eigenanteil beträgt mindestens 50 Prozent. Der Zuschuss beträgt maximal 500 Euro pro Antragstellerin/Antragsteller pro Jahr.

Anschrift:

PLZ/ Ort:

Straße/ Hausnummer:

Telefon/E-Mail:

(bitte für evtl. Rückfragen angeben
– Angaben freiwillig)

Thema der Fortbildung:

Fortbildungsstätte:

**Die Fortbildung findet
statt:**

vom:

bis:

Folgende Unterlagen sind beigefügt:		(bitte ankreuzen) Ja Nein	
1	Kopie der Berufsbezeichnungserlaubnis (Urkunde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Angaben zur Fortbildungsveranstaltung (z.B. eine Kopie des Fortbildungsflyers oder ähnliches einschließlich über Informationen über die Kosten der Fortbildung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Bei angestellter Tätigkeit: eine Bestätigung des Arbeitgebers, dass die oder der Antragstellende eine festangestellte Tätigkeit im Land Brandenburg ausübt und vom Arbeitgeber keine finanzielle Unterstützung für diese Fortbildung erhält	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Bei ausschließlich freiberuflicher Tätigkeit: 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), das zuletzt durch Artikel 13 des Gesetzes vom 25. Januar 2016 (GVBl. I Nr. 5 S. 17) geändert worden ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Kopie der Bestätigung der Anzeige beim Gesundheitsamt nach § 12 Absatz 2 Satz 1 des Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetzes vom 23. April 2008 (GVBl. I S. 95), das zuletzt durch Artikel 13 des Gesetzes vom 25. Januar 2016 (GVBl. I Nr. 5 S. 17) geändert worden ist, als Nachweis für die Ausübung der Tätigkeit im Land Brandenburg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Angaben zur Antragstellung:	(bitte ankreuzen) Ja Nein	
Es handelt sich um einen Erstantrag 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:€ und Betrag der bisherigen Auszahlung/en aufführen:€	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>Bankverbindung:</p> <p>Kontoinhaber*: _____</p> <p>Kreditinstitut: _____</p> <p>IBAN-Nummer: _____</p> <p>BIC-Nummer: _____</p> <p><small>* Kontoinhaber kann nur der Antragsteller/die Antragstellerin sein</small></p>
--

Erklärungen:

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.

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 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 die Mittelanforderung **spätestens einen Monat** nach Abschluss der Fortbildung bei der Bewilligungsbehörde einzureichen ist.

Mir ist bekannt, dass die Auszahlung der Zuwendung nach Abschluss der Fortbildung auf **Antrag** unter Vorlage der Mittelanforderung (**Anlage 1: Mittelanforderung „Fortbildungsförderung“**) sowie der im Original unterschriebenen **Bestätigung der Fortbildungseinrichtung** über die erfolgreiche Teilnahme an der berufsbezogenen Fortbildung, erfolgt.

Diese Bestätigung der Fortbildungseinrichtung über die erfolgreiche Teilnahme gilt gleichzeitig als Verwendungsnachweis.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers