

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

Eingangsstempel des Landesamtes für Soziales und Versorgung

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

Antragstellerin/Antragsteller (Vor- und Zuname):

Hebamme Entbindungspfleger

Antrag für die Neu- oder Wiederaufnahme einer freiberuflichen Hebammentätigkeit, die erstmalige Gründung einer Hebammenpraxis, einer Filiale oder die erstmalige Erweiterung des spezifischen Leistungsspektrums zur Ausübung einer freiberuflichen Tätigkeit als niedergelassene Hebamme für kassenfinanzierte Regelleistungen der Hebammenhilfe

Antrag für die Gründung oder (Leistungs-) Erweiterung eines hebammengeführten Geburtshauses

Es können nur Praxisgründungen/-erweiterungen/die Niederlassung etc. gefördert werden, die nach Inkrafttreten der Hebammenförderrichtlinie am 1. August 2020 begonnen wurden!

Zuwendungsfähig sind Sach- und Personalausgaben, die in direktem Zusammenhang mit der Aufnahme einer freiberuflichen Tätigkeit, der Gründung und dem Aufbau einer Praxis, einer Filiale oder eines hebammengeführten Geburtshauses oder der erstmaligen Erweiterung einer freiberuflichen Hebammentätigkeit für kassenfinanzierte Regelleistungen der Hebammenhilfe im Land Brandenburg stehen.

Mit dem Antrag ist im Geschäfts- und Finanzierungsplan darzustellen, welche Maßnahmen ergriffen werden, um die geförderten Angebote für Menschen mit Behinderungen oder Beeinträchtigungen diskriminierungs- und barrierefrei im Sinne des Brandenburgischen Behindertengleichstellungsgesetzes zu gestalten.

Anschrift:

PLZ/ Ort:

Straße/ Hausnummer:

Telefon/E-Mail:

(bitte für evtl. Rückfragen angeben)

Wenn zutreffend: genaue Anschrift von Praxis/Filiale/Geburtshaus:

Zeitraum der Praxisgründung/Niederlassung*

vom:

bis:

* Der Antrag ist im Regelfall bis **spätestens acht Wochen vor dem Beginn** der Maßnahme mit allen notwendigen Unterlagen einzureichen.

Folgende Voraussetzungen sind erfüllt:		(bitte ankreuzen) Ja Nein	
1	Es handelt sich um die Neu- oder Wiederaufnahme einer freiberuflichen Hebammentätigkeit mit kassenfinanzierten Regelleistungen der Hebammenhilfe in Brandenburg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Es handelt sich um die erstmalige Gründung einer Hebammenpraxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Es handelt sich um die erstmalige Gründung einer Filiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Es handelt sich um die erstmalige Gründung eines Geburtshauses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Es handelt sich um die erstmalige Erweiterung des spezifischen Leistungsspektrums zur Ausübung einer freiberuflichen Tätigkeit als niedergelassene Hebamme für kassenfinanzierte Regelleistungen der Hebammenhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Folgende Unterlagen sind beigelegt:		(bitte ankreuzen) Ja Nein	
1	Kopie der Berufsbezeichnungserlaubnis (Urkunde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	unterschriebener Geschäfts- und Finanzierungsplan (Im Falle der Gründung einer Praxis, einer Filiale oder eines Geburtshauses muss dieser Plan auch die Maßnahmen darstellen, mit denen dafür gesorgt wird, dass das geförderte Objekt für Menschen mit Behinderungen oder Beeinträchtigungen im Sinne des Brandenburgischen Behindertengleichstellungsgesetzes diskriminierungs- und barrierefrei zugänglich ist.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	unterschriebene Erklärung über die Neu- oder Wiederaufnahme oder die erstmalige Öffnung der freiberuflichen Hebammentätigkeit für kassenfinanzierte Regelleistungen der Hebammenhilfe (Anlage 1: „Erklärungen“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	unterschriebene Verpflichtungserklärung, dass die freiberufliche Tätigkeit für mindestens 36 Monate im Land Brandenburg ausgeübt werden wird (Anlage 1: „Erklärungen“)	<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"/>

Bankverbindung:

Kontoinhaber*: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN-Nummer: _____

BIC-Nummer: _____

* Kontoinhaber kann nur der Antragsteller/die Antragstellerin sein

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.

Mir ist bekannt, dass die freiberufliche Hebammentätigkeit oder die Arbeit in der Praxis, der Filiale oder dem Geburtshaus innerhalb von sechs Monaten nach der Bewilligung der Förderung aufzunehmen ist.

Mir ist bekannt, dass ich mich dazu verpflichte, meine freiberufliche Tätigkeit für mindestens 36 Monate im Land Brandenburg auszuüben.

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 Auszahlung der Zuwendung auf gesonderten Antrag (Anlage 2) nach Aufnahme der Praxisgründungs- oder Praxiserweiterungsmaßnahmen erfolgt.

Mir ist bekannt, dass der Zuschuss bei der Neu- oder Wiederaufnahme einer freiberuflichen Hebammentätigkeit, der erstmaligen Gründung einer Hebammenpraxis, einer Filiale oder der erstmaligen Erweiterung des spezifischen Leistungsspektrums zur Ausübung einer freiberuflichen Tätigkeit als niedergelassene Hebamme für kassenfinanzierte Regelleistungen der Hebammenhilfe pauschal 7 500 Euro beträgt sowie bei der Gründung oder (Leistungs-)Erweiterung eines hebammengeführten Geburtshauses pauschal 15 000 Euro.

.....
Ort / Datum.....
Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers