

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

Eingangsstempel des Landesamtes für Soziales und Versorgung

**Antrag „Praxisgründungsförderung/ Wiedereinstieg in die Geburtshilfe“
auf Gewährung eines Zuschusses des Landes Brandenburg um die flächendeckende
Versorgung der Hebammenhilfe sicherzustellen**

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

Antragstellende (Vorname, Name):

Hebamme Entbindungspfleger

Antrag für die Neu- oder Wiederaufnahme einer freiberuflichen Hebammentätigkeit ohne
eigene Praxisräume

Antrag für die Neu- oder Wiederaufnahme einer freiberuflichen Hebammentätigkeit ohne
eigene Praxisräume bei Beibehaltung oder Aufnahme von mind. 20 Stunden pro Woche
Tätigkeit in der klinischen oder außerklinischen Geburtshilfe

Antrag für den Wiedereinstieg in die klinische oder außerklinische Geburtshilfe

Antrag für die Gründung einer Hebammenpraxis mit eigenen Räumen ohne Geburtshilfe

Antrag für die Gründung einer Hebammenpraxis mit eigenen Räumen mit Geburtshilfe

Antrag für die Gründung eines hebammengeführten Geburtshauses

Anschrift:

Telefon (bitte für evtl. Rückfragen angeben)

E-Mail

Steuerliche Identifikationsnummer (Steuer-ID):

Bankverbindung – Hinweis: Kontoinhaber kann nur Antragsteller*in sein

IBAN:

BIC:

Zeitraum der Praxisgründung* vom

bis

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

genaue Anschrift der Praxis/ Niederlassung/ Geburtshauses (falls schon bekannt):

direkt nach der Ausbildung

nach Familienpause

im laufenden Berufsleben

Projektbeschreibung (Konzept/ Geschäftsplan)

Hinweis: Bitte beschreiben Sie in kurzen Sätzen Ihr Vorhaben (Leistungsangebote, Arbeitszeiten etc.) Sollte der Platz nicht ausreichen, fügen Sie bitte Ihre Ausführungen auf einem Beiblatt bei.

Darstellung der Maßnahmen, mit denen der Antragstellende darauf hinwirken wird, dass die beantragte Maßnahme für Menschen mit Behinderungen oder Beeinträchtigungen im Sinne des Brandenburgischen Behindertengleichstellungsgesetzes diskriminierungs- und barrierefrei zugänglich ist.

Finanzierungsplan

Kostenpositionen		in Euro
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
Summe		

Eigenmittel	
Leistungen Dritter	
Beantragte/ bewilligte sonstige Förderungen	
Beantragte Zuwendung	

Beizufügende Unterlagen

Kopie der Berufsbezeichnungserlaubnis (Urkunde)

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 2 des Gesetzes vom 23. November 2023 (GVBl. I Nr. 23) geändert worden ist, als Nachweis für die Ausübung der Tätigkeit im Land Brandenburg

Hinweis: Es ist die Anzeige vorzulegen, in dessen Zuständigkeit die zukünftige Hebammentätigkeit fällt.

Bitte beachten Sie:

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

Fügen Sie alle erforderlichen Unterlagen bei (Berufserlaubnis, Kopie der Bestätigung der Anzeige beim Gesundheitsamt, Finanzierungsplan und Projektbeschreibung).

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.

Ihnen ist bekannt, dass Sie die freiberufliche Tätigkeit als Hebamme oder die Arbeit in einer Praxis, einem Geburtshaus sowie der Wiedereinstieg in die klinische oder außerklinische Geburtshilfe innerhalb von sechs Monaten nach der Förderzusage aufnehmen müssen.

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 Zuwendungs-bescheides ohne vorherige Zustimmung der Bewilligungsbehörde nicht begonnen wird; als Vorhabenbeginn ist grundsätzlich der Abschluss eines der Ausführung zuzurechnenden Lieferungs- oder Leistungsvertrages zu werten.

Ich erkläre, dass die Gesamtfinanzierung der Maßnahme gesichert ist.

Ich erkläre, dass ich die die freiberufliche Tätigkeit mit oder ohne klinische oder außerklinische Geburtshilfe für mindestens 36 Monate im Land Brandenburg ausüben werden.

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 und ggf. Stempel Antragsteller*in

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,
Auskunftsersuchen 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 stattgefundenene 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