

Datum:

Landesamt für Soziales und Versorgung
des Landes Brandenburg
Dezernat Altenpflege und soziale Berufe / ESF
Postfach 100 123

03001 Cottbus

Antrag

auf Anerkennung der Beratungsstelle als geeignete Stelle im Verbraucherinsolvenzverfahren gemäß § 3 des Brandenburgischen Gesetzes zur Ausführung der Insolvenzordnung (AGInsO Bbg)

Träger der Beratungsstelle:

Name:

Kurzbezeichnung:

Anschrift

Straße:

Hausnummer:

PLZ: Ort:

Kontaktdaten:

Tel:..... Fax:.....

E-Mail: ggf. Mobil:

Homepage:

Beratungsstelle:

Name:

Kurzbezeichnung:

Anschrift

Straße:

Hausnummer:

PLZ: Ort:

Zuordnung zu Landkreis / kreisfreie Stadt

Kontaktdaten:

Tel:..... Fax:.....

E-Mail: ggf. Mobil:

Homepage:

Nachweis

der Anerkennungsvoraussetzungen gemäß § 3 des Brandenburgischen Gesetzes zur Ausführung der Insolvenzordnung (AGInsO Bbg)

(Zutreffendes bitte ankreuzen.)

1. § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 AGInsO Bbg.

Die Beratungsstelle ist in Trägerschaft:

- eines anerkannten gemeinnützigen Vereins
- einer Gemeinde
- eines Landkreises
- einer sonstigen öffentlich rechtlichen Körperschaft, Anstalt oder Stiftung
- eines Verbandes der freien Wohlfahrtspflege (im Sinne von § 5 Abs. 2 SGB XII)

Bemerkungen:

Wenn Trägerschaft eines anerkannten gemeinnützigen Vereins und / oder Zugehörigkeit zu einem Verband der freien Wohlfahrtspflege (im Sinne von § 5 Abs. 2 SGB XII)

- aktueller Registerauszug vom (Datum):
(aktuellen Registerauszug beilegen)
- aktueller Freistellungsbescheid des Finanzamtes gemäß § 51 f. Abgabenordnung (für steuerbegünstigende Zwecke)
ausgestellt am (Datum): gültig bis (Datum):
ausgestellt durch das Finanzamt:
(Kopie bitte beilegen)
- aktuelle Satzung vom (Datum):
(Kopie bitte beilegen)

Wenn Trägerschaft einer Gemeinde, einem Landkreis oder einer sonstigen öffentlich rechtlichen Körperschaft, Anstalt oder Stiftung als Träger:

- Nachweis der Gründung vom (Datum)
(Gründungsunterlagen beilegen)
- Nachweis der Vertretungsberechtigung vom (Datum):
(entsprechenden Nachweis der Vertretungsberechtigung beilegen)
- aktueller Freistellungsbescheid des Finanzamtes gemäß § 51 f. Abgabenordnung (für steuerbegünstigende Zwecke)
ausgestellt am (Datum): gültig bis (Datum):
ausgestellt durch das Finanzamt:
(Kopie bitte beilegen)
- aktuelle Satzung vom (Datum):
(Kopie bitte beilegen)

2. Die Beratungsstelle wird von folgender zuverlässiger Person gemäß § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 AGInsO Bbg. geleitet:

Anrede: Frau Herr

Name :

Vorname :

Ausbildung und Abschluss als:.....

.....

Nachweis der Zuverlässigkeit- vgl. 3.1 bis 3.3.- ist nicht erforderlich bei Trägerschaft einer Gemeinde oder eines Landkreises gemäß § 5 AGInsO Bbg.

2.1. Nachweis gemäß § 3 Abs. 2 a.) AGInsO Bbg. durch Veranlassung der Übersendung eines Führungszeugnisses zur Vorlage bei Behörden vom Bundesamt für Justiz an das LASV entspr. § 30 Abs. 5 BZRG für die zuvor genannte Person.

2.2. Die zuverlässige Person versichert:

1. dass sie nicht in ungeordneten Vermögensverhältnissen gemäß § 3 Abs. 2b AGInsO Bbg. lebt.

d.h. - hinsichtlich des Vermögens des Betreffenden nicht der Konkurs, das Vergleichsverfahren, die Gesamtvollstreckung oder das Insolvenzverfahren beantragt wurde

Ja:

Nein:

- über das Vermögen des Betreffenden nicht der Konkurs, das Vergleichsverfahren, die Gesamtvollstreckung oder das Insolvenzverfahren eröffnet wurde

Ja:

Nein:

- nicht in das Konkurs-, Gesamtvollstreckungs- oder Insolvenzgericht oder vom Vollstreckungsgericht zu führende Verzeichnis (§ 107 Abs. 2 Konkursordnung; § 4 Abs. 2 Gesamtvollstreckungsordnung, § 26 Abs. 2 Insolvenzordnung und § 915 Zivilprozessordnung) eingetragen ist

Ja:

Nein:

2. dass ihr eine Erlaubnis, z. B. Gewerbeerlaubnis, in der Vergangenheit nicht wegen mangelnder Zuverlässigkeit entzogen wurde

Ja:

Nein:

3. dass sie keine Kredit-, Finanz-, Finanzvermittlungs- oder ähnliche Dienste gewerblich betreibt

Ja:

Nein:

2.3. Die zuverlässige Person versichert weiterhin, dass sie auch die Zuverlässigkeit der einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gewährleistet.

Ja:

Nein:

.....
Unterschrift der leitenden Person

Mit dieser Unterschrift wird die Richtigkeit der unter Punkt 2.2. bis 2.3. gemachten Angaben von der leitenden Person bestätigt.

3. Angabe der qualifizierten Person gemäß § 3 Abs. 1 Satz 2 AGInsO Bbg.

a) Ausbildung und Abschluss eines in § 3 Abs.1 Satz 2 AGInsO Bbg. **genannten** Berufes wird nachgewiesen von:

(Zeugnis über eine entsprechende Ausbildung (Diplom-Sozialarbeiter, Diplom-Sozialpädagoge, Bankkaufmann usw. und / oder weitere Qualifikationsnachweise auch im Bereich der Schuldner- und Verbraucherinsolvenz bitte beilegen)

als Leiterin / Leiter der Stelle

Name, Vorname:

Bezeichnung des Berufes:

Qualifizierung als:

als eine sonstige in der Stelle tätige Person

Name, Vorname:

Bezeichnung des Berufes:

Qualifizierung als:

b) **vergleichbare** Ausbildung i. S. d. § 3 Abs. 1 Satz 2 AGInsO Bbg.

(Zeugnis über eine entsprechende Ausbildung (Diplom-Sozialarbeiter, Diplom-Sozialpädagoge, Bankkaufmann usw. und / oder weitere Qualifikationsnachweise auch im Bereich der Schuldner- und Verbraucherinsolvenz bitte beilegen)

als Leiterin / Leiter der Stelle

Name, Vorname:

Bezeichnung des Berufes:

Qualifizierung als:

als eine sonstige in der Stelle tätige Person

Name, Vorname:

Bezeichnung des Berufes:

Qualifizierung als:

4. Anlegung der Beratungstätigkeit auf Dauer gemäß § 3 Abs.1 Satz 1 Nr. 3 AGInsO Bbg

(Nachweise: Arbeitsvertrag des Leiters der Stelle, Mietvertrag, Finanzierungskonzept bitte beilegen)

Arbeitsvertrag des Leiters der Stelle

Datum des aktuellen Arbeitsvertrages:

Gültigkeit des aktuellen Arbeitsvertrages: von: bis:

Räumlichkeiten

Räumlichkeiten gehören dem Träger

Räumlichkeiten sind gemietet Datum Mietvertrag:

Gültigkeit des Mietvertrages: von: bis:

Finanzierungskonzept

(Konzept bezogen auf mindestens ein Kalenderjahr liegt dem Antrag bei)

Datum Finanzierungskonzept:

5. Ausreichende praktische Erfahrung in der Schuldnerberatung gemäß § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 AGInsO Bbg. für mindestens 3 Jahre verfügt / verfügen:

(bitte Nachweise beilegen: z.B. Arbeitsverträge, Arbeitszeugnisse für den Nachweis der praktischen Erfahrungen)

Name: Vorname:

Lückenloser Nachweis der beratenden Tätigkeit in der Schuldnerberatung:

von: bis:

von: bis:

von: bis:

Es sind weitere Personen in der Insolvenzberatung tätig:

Anzahl aller beratend tätigen Personen:

- davon mit mindestens 3-jähriger praktischer Erfahrung:

6. Die erforderliche Rechtsberatung gemäß § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 AGInsO Bbg. wird sichergestellt durch :

a) eine in der **Stelle** tätige Person mit einer Ausbildung, die zur Ausübung des Anwaltsberufes befähigt

b) einen **Justitiar des Trägers**

c) einen **niedergelassenen Rechtsanwalt**

d) Sicherstellung der erforderlichen Rechtsberatung in sonstiger Weise:

Name :

Vorname :

Bei a), b) oder d): Ausbildung und Abschluss als:.....
(Kopie beifügen)

Bei c) oder d) Anschrift:
PLZ: Ort:
Straße:
Hausnr.:

Nachweis über Art und Umfang der Zusammenarbeit (z. B. Vertrag oder Vereinbarung vom (Datum):
(bitte Kopie des Nachweises beilegen)

7. Die Beratungsstelle verfügt über folgende technische, organisatorische und räumliche Voraussetzungen gemäß § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 AGInsO Bbg.:

Technische Ausstattung:

Computer Anzahl:.....

Verwendete Software (Name/ n):

damit Bearbeitung von möglich:

- | | | |
|---|------------------------------|--------------------------------|
| - Schriftverkehr | <input type="checkbox"/> Ja: | <input type="checkbox"/> Nein: |
| - Überprüfung von Krediten | <input type="checkbox"/> Ja: | <input type="checkbox"/> Nein: |
| - Erstellen von Entschuldungsplänen | <input type="checkbox"/> Ja: | <input type="checkbox"/> Nein: |
| - Zusammenstellung Ausgaben / Einnahmen | <input type="checkbox"/> Ja: | <input type="checkbox"/> Nein: |
| - Terminüberwachung | <input type="checkbox"/> Ja: | <input type="checkbox"/> Nein: |
| - Berechnung Pfändungsfreigrenzen | <input type="checkbox"/> Ja: | <input type="checkbox"/> Nein: |
| - Berichtswesen | <input type="checkbox"/> Ja: | <input type="checkbox"/> Nein: |
| - Dokumentation | <input type="checkbox"/> Ja: | <input type="checkbox"/> Nein: |

Weitere technische, organisatorische und räumliche Voraussetzungen:

Ja: Nein: Zugangs- und Zugriffskontrolle gesichert

Ja: Nein: Telefonische Erreichbarkeit

Ja: Nein: Anrufbeantworter außerhalb der Sprechzeiten

Ja: Nein: Hinweisschild am Eingang unter Angabe Beratungsangebot und Sprechzeiten

Anerkennung als geeignete Stelle im Verbraucherinsolvenzverfahren

dem Antrag beizufügende Nachweise:

- Kopie Vereinregister bzw. aktueller Vereinsregisterauszug
- Freistellungsbescheid des Finanzamtes (als Nachweis der Gemeinnützigkeit)
- Aktuelle Satzung
- Führungszeugnis zur Vorlage bei Behörden des Leiters der Beratungsstelle (nicht bei Trägerschaft einer Gemeinde oder eines Landkreises)
- Zeugnis über eine entsprechende Ausbildung als Diplom-Sozialarbeiter, Diplom-Sozialpädagoge, Bankkaufmann usw.
- Nachweis der 3-jährigen praktischen Erfahrung in der Schuldnerberatung (Arbeitsverträge / Arbeitszeugnisse)
- Nachweis der Anlegung auf Dauer der Beratungsstelle (Arbeitsverträge, Mietvertrag, Finanzierungskonzept)
- Nachweis der Sicherstellung der Rechtsberatung (Vereinbarung mit RA oder Zeugnis des in der Stelle tätigen RA)

Rückfragen unter der Telefonnummer: 0355 / 2893 283