Mit Klick auf die grünen Schaltflächen „Zwischenspeichern“ oder „Prüfen und Speichern“ im Formular können Sie Ihre Eingaben speichern, um sie später weiter zu bearbeiten.

! VERTRAULICH !

SAB

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ oder ausfüllen.

An die
Sächsische Aufbaubank – Förderbank –
Abteilung Bildung

01054 Dresden

Kundennummer

Antragsnummer (von der SAB auszufüllen)

Förderantrag - Förderprogramm „Heilberufe“ (Teil 2 Abschnitt C der Richtlinie - Hebammen und Entbindungspfleger)

1. Antragsteller

1.1 Angaben zur Person / Antragstellerin

Name

☐ **Vereine oder Verbände der Hebammen**

☐ **Hebamme oder Entbindungspfleger**

Vorname

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Straße, Hausnummer

Telefonnummer

Fax

PLZ Ort

E-Mail-Adresse

ggfs. **Registergericht | Registernummer**

Ansprechpartner (bei Vereinen oder Verbänden)

1.2 Hebammenpraxis

Name

Straße, Hausnummer

Telefonnummer

PLZ Ort

1.3 Bankverbindung

Kontoinhaber (wenn vom Antragsteller abweichend)

BIC

IBAN (Eingabe ohne Leerzeichen)

Bankinstitut

Erfolgte bereits eine Förderung des Antragstellers auf der Grundlage dieser Richtlinie nach Teil 2 Abschnitt C Ziffer II Nr. 1 (Koordinierungsstelle)

☐ **ja** ☐ **nein**

Formular ID: Prüfsumme:

Zwischenspeichern

! VERTRAULICH !

2. Angaben zur Förderung

2.1 Koordinierungsstelle

☐ **Betrieb einer überregionalen Koordinierungsstelle, die insbesondere durch Öffentlichkeitsarbeit der Nachwuchsgewinnung und Imageverbesserung des Berufs der Hebamme dient** (Koordinierungsstelle)

Zeitraum der Durchführung

Voraussichtlicher Beginn am (TT.MM.JJJJ)

Voraussichtliches Ende (TT.MM.JJJJ)

Vorhabensort

Straße, Hausnummer

PLZ **Ort**

Beschreibung der Maßnahme (Möglichst kurze, aber eindeutige Beschreibung der Maßnahme)

2.2 Hebammenexternat / Hospitation

☐ **Begleitung von Auszubildenden im Rahmen der praktischen Ausbildung (Hebammenexternat) und Begleitung von Hebammen zur Aneignung fehlender Lehrinhalte oder zur Aktualisierung des Fachwissens (Hospitation)**

Auszubildenden/Hospitierende

Name, Vorname

Alter

Wohnort der Auszubildenden/Hospitierenden

Straße, Hausnummer

PLZ **Ort**

Ausbildungszeit

Beginn der Ausbildung (TT.MM.JJJJ)

Ende der Ausbildung (TT.MM.JJJJ)

Die Ausbildungszeit muss mindestens 2 Wochen und maximal 12 Wochen betragen. Eine Ausbildungswoche entspricht 5 Ausbildungstagen.

2.3 Gründungszuschuss

☐ **Neu- oder Wiederaufnahme**

☐ **Erweiterung des spezifischen Leistungsspektrums für kassenfinanzierte Regelleistungen**

- ☐ **Erweiterung im Bereich Vorsorge**
- ☐ **Erweiterung im Bereich Geburtshilfe**
- ☐ **Erweiterung im Bereich Nachsorge**

Zeitpunkt der geplanten Existenzgründung (TT.MM.JJJJ)

- ☐ **direkt nach der Ausbildung**
- ☐ **nach Familienpause**
- ☐ **im laufenden Berufsleben**

Formular ID: Prüfsumme:

Zwischenspeichern

3. Ausgaben (nur bei Koordinierungsstelle)

3.1 geplante Ausgaben

zuwendungsfähige Personal- und Sachausgaben (in €)

3.2 Zeitlicher Anfall (nur bei Beantragung für 2 Kalenderjahre)

		Betrag (in €)
im Jahr		
im Jahr		
Insgesamt		

4. Finanzierung

4.1 Koordinierungsstelle

Geplante Finanzierung	Betrag in €
beantragte Zuwendung	
Eigenmittel / Mittel Dritter	
Insgesamt	

Hinweis:
Die Zuwendung beträgt 90% der zuwendungsfähigen Personal- und Sachausgaben, jedoch nicht mehr als 120.000 € für 2 Jahre.

4.2 Hebammenexternat/Hospitation

Anzahl der praktischen Ausbildungstage	Pauschaler Förderbetrag (Tagessatz in €)	beantragte Zuwendung in €
	20,00	

4.3 Gründungszuschuss

	Betrag in €
beantragte Zuwendung	

5. Weitere beizufügende Anlagen

Folgende Unterlagen sind dem Antrag zwingend beizufügen:

Koordinierungsstelle

- ☐ **Konzept zum Betrieb einer Koordinierungsstelle** (bitte auch in elektronischer Form an soziales@sab.sachsen.de einreichen)

bei juristischen Personen des Privatrechts:

- ☐ **aktueller, vollständiger Registerauszug** (Vereinsregister o.ä.)**, sofern dieser nicht bereits bei der SAB eingereicht wurde oder sich geändert hat**
- ☐ **Anzeige eines Zeichnungsbefugten** (Unterschriftenprobe - SAB-Vordruck 61547-1)

Hebammenexternat / Hospitation

- ☐ **Kopie der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung**
- ☐ **Kopie der Ermächtigung zur Ausbildung durch das Landesamt für Schule und Bildung**
- ☐ **Kopie der Kooperationsvereinbarung zwischen Schule und ausbildender Hebamme** (nur bei Hebammenexternat)

Gründungszuschuss

- ☐ **Erklärung über die Neu- oder Wiederaufnahme oder die Erweiterung der freiberuflichen Hebammentätigkeit für kassenfinanzierte Regelleistungen der Hebammenhilfe**
- ☐ **Geschäfts- und Finanzierungsplan**
- ☐ **De-minimis-Erklärung** (SAB-Vordruck 60381)
- ☐ **Kopie der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung**

6. Erklärungen

6.1 Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben
Der Antragsteller versichert die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben. Ferner versichert der Antragsteller, dass kein/e Insolvenzverfahren, Zwangsvollstreckungsmaßnahmen (einschließlich Abgabe einer eidesstattlichen Versicherung) oder Mahn-/ Klageverfahren, die für die wirtschaftlichen Verhältnisse des Antragstellers von Bedeutung sind, beantragt oder durchgeführt und auch keine Kreditkündigungen ausgesprochen oder Scheckretouren/ Wechselproteste vorgekommen sind. Dem Antragsteller ist bekannt, dass falsche Angaben den Widerruf der Zuwendung und die Rückerstattung bereits ausgezahlter Beträge nebst Verzinsung zur Folge haben können.

6.2 Der Antragsteller erklärt, dass für dieses Vorhaben bisher keine öffentlichen Förderungen gewährt wurden und bis auf die hier genannten auch keine weiteren öffentlichen Förderungen beantragt sind.

Formular ID: Prüfsumme:

Zwischenspeichern

6.3 Der Antragsteller erklärt, dass das Vorhaben noch nicht begonnen ist und dass es auch nicht vor der Bekanntgabe des Zuwendungsbescheides beziehungsweise vor der etwaigen Genehmigung des vorzeitigen Vorhabensbeginns begonnen wird. Dem Antragsteller ist bekannt, dass der vorzeitige Projektbeginn ohne Genehmigung zu einer Förderunfähigkeit des gesamten Projektes führen kann.

6.4 Der Antragsteller erklärt, dass die Zuwendung ausschließlich zur Finanzierung des beschriebenen Vorhabens verwendet wird.

6.5 Dem Antragsteller ist bekannt, dass ein Rechtsanspruch auf Zuschussgewährung nicht besteht und auch nicht durch die Antragstellung begründet wird. Dem Antragsteller ist die Richtlinie „Heilberufe“ in der jeweils gültigen Fassung bekannt.

6.6 Der Antragsteller hält die Nachweise zu vorstehenden Angaben und Erklärungen zu Prüfzwecken vor. Der Antragsteller erklärt, die Nachweise und weitere Unterlagen auf Anforderung der SAB nachzureichen.

6.7 Der Antragsteller erklärt sein Einverständnis, dass bei Bedarf Kopien der Antragsunterlagen sowie im Falle der Bewilligung eine Kopie des Zuwendungsbescheides an die am Förderverfahren beteiligten Stellen abgegeben werden.

6.8 Erklärung zu Fördergegenstand gemäß Richtlinie Teil 2 Abschnitt C Ziffer II Nr. 1 (Koordinierungsstelle):
Der Antragsteller erklärt, dass die in der Koordinierungsstelle eingesetzte Fachkraft die für die Wahrnehmung der Aufgaben geeignete Qualifikation besitzt.

6.9 Erklärung zu Fördergegenstand gemäß Richtlinie Teil 2 Abschnitt C Ziffer II Nr. 2 (Hospitation):
Der Antragsteller erklärt, dass die Hospitation der erstmaligen oder erneuten Aufnahme einer freiberuflichen Tätigkeit der Hebammenhilfe für kassenfinanzierte Regelleistungen im Freistaat Sachsen dient.

6.10 Datenschutzhinweis
Dem Antragsteller ist bekannt, dass die Sächsische Aufbaubank - Förderbank - gemäß § 8 a Förderbank-Gesetz zur Erfüllung ihrer Aufgaben befugt ist, personenbezogene Daten von Antragstellern und Kunden der Bank zu verarbeiten.

Der Antragsteller erklärt, dass er das Datenschutz-Informationsblatt DSGVO (SAB-Vordruck 64005) erhalten und den Inhalt zur Kenntnis genommen hat.

Antragsteller

Ort	**rechtsverbindliche Unterschrift | Stempel | Name in Klarschrift**
Datum (TT.MM.JJJJ)	

Prüfen und Speichern

Löschen

Drucken

Sächsische Aufbaubank – Förderbank – Gerberstraße 5, 04105 Leipzig **Postanschrift:** 04022 Leipzig, **Telefon** 0341 70292-0, **Internet:** www.sab.sachsen.de
SWIFT/BIC: SABDDE81XXX **Gläubiger-ID:** DE42ZZZ00000034715 **USt-ID:** DE179593934

Formular ID: Prüfsumme: