

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ oder ausfüllen.

An die
Sächsische Aufbaubank – Förderbank –

04022 Leipzig

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

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

ggfs. **Registergericht | Registernummer**

☐ **Vereine oder Verbände der Hebammen**

☐ **Hebamme oder Entbindungspfleger**

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Telefonnummer

Fax

E-Mail-Adresse

Ansprechpartner (bei Vereinen oder Verbänden)

1.2 Hebammenpraxis

Name

Telefonnummer

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

1.3 Bankverbindung

Kontoinhaber (wenn vom Antragsteller abweichend)

IBAN (Eingabe ohne Leerzeichen)

BIC

Bankinstitut

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

☐ **ja** ☐ **nein**

2. Angaben zur Förderung

2.1 Koordinierungsstelle

- ☐ **Betrieb einer überregionalen Koordinierungsstelle, die insbesondere durch Öffentlichkeitsarbeit der Nachwuchsge-
winnung 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 prak-
tischen 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 maxi-
mal 12 Wochen betragen. Eine Ausbildungswoche entspricht
5 Ausbildungstagen.

2.3 Gründungszuschuss

- ☐ **Neu- oder Wiederaufnahme**
- ☐ **Erweiterung des spezifischen Leistungsspektrums für kas-
senfinanzierte 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**

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	<input type="text"/>	<input type="text"/>
im Jahr	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Insgesamt	<input type="text"/>	

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/HospitationAnzahl der praktischen
AusbildungstagePauschaler Förderbetrag
(Tagessatz in €)beantragte Zuwendung
in €

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.

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 Förderfähigkeit 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.

Antragsteller

Ort

Datum (TT.MM.JJJJ)

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.

rechtsverbindliche Unterschrift | Stempel | Name in Klarschrift