|  |  |
| --- | --- |
| Hessisches Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und PflegeAbteilung V, Referat V 6A Sonnenberger Straße 2/2a 65193 Wiesbaden  | Eingangsdatum beim Hessischen Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege |

Antrag „Niederlassungsförderung“

auf Grundlage der Richtlinie zur Förderung der Niederlassung freiberuflicher Hebammen des Hessischen Ministeriums für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege

# Allgemeine Hinweise zum Antragsformular:

Es können nur Maßnahmen gefördert werden die nach Inkrafttreten der Richtlinie zur Förderung der Niederlassung freiberuflicher Hebammen am 1. August 2024 begonnen wurden!

Der Antrag sollte spätestens acht Wochen vor Beginn des beantragten Förderzeitraums mit allen notwendigen Unterlagen eingereicht werden.

Bitte senden Sie das ausgefüllte, datierte und unterschriebene Formular inklusive der Anlagen per Post an die oben genannte Anschrift.

# Antrag

[ ]  Hiermit beantrage ich die Gewährung einer Zuwendung in Höhe von **5000,- Euro** für

[ ]  die Neuaufnahme (Erstaufnahme) der freiberuflichen Hebammentätigkeit

[ ]  die Wiederaufnahme einer freiberuflichen Hebammentätigkeit[[1]](#footnote-1)
Die Abmeldung meiner vorangegangenen freiberuflichen Tätigkeit nach § 12 Abs. 1 Hessisches Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (HGöGD) erfolgte zum: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

[ ]  Hiermit beantrage ich die Gewährung einer Zuwendung in Höhe von **10.000,- Euro** für

[ ]  die Gründung eines hebammengeführten Geburtshauses

[ ]  die Leistungserweiterung eines Geburtshauses durch Neueinstellung
Anzahl der Neueinstellung/en: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

# Angaben zur Antragstellerin / zum Antragssteller

Name, Vorname: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Straße, Hausnummer: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

PLZ, Ort: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Telefon/E-Mail\*: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

(\*bitte für evtl. Rückfragen angeben – Angaben freiwillig)

**Bankverbindung**

Kontoinhaber: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Kreditinstitut: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

IBAN-Nummer: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

BIC-Nummer: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

# Angaben zur Niederlassung/Geburtshaus

## **Anschrift der Niederlassung**

Name Person/ Einrichtung: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Straße, Hausnummer: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

PLZ, Ort: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

## **Region / Landkreis/e in der die Tätigkeit ausgeübt wird**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

## **Datum der geplanten Niederlassung[[2]](#footnote-2)**

**Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.**

## **Örtlich zuständiges Gesundheitsamt nach § 12 Abs. 1 HGöGD**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

## **Angaben zur wöchentlichen Arbeitszeit**Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

## **Welche Leistungen werden im Rahmen der freiberuflichen Tätigkeit angeboten?**

## **Hinweis:** Mehrfachnennungen möglich

## [ ]  Schwangerenbetreuung [ ]  Hausgeburten

## [ ]  Wochenbettbetreuung [ ]  Geburten im Geburtshaus[ ]  Kurs

## [ ]  Sonstiges Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

X

|  |
| --- |
| 1. Übersicht zum Ausgaben- und Finanzierungsplan (im Projektzeitraum) *(entsprechend Anlage 1)*
 |
| * 1. **Gesamtausgaben[[3]](#footnote-3) in €** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
	2. **Beantragte Zuwendung[[4]](#footnote-4) in €** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
 |

X

|  |
| --- |
| 1. **Datenschutz**
 |
| * 1. Die Antragstellerin/der Antragsteller willigt in die Verarbeitung, insbesondere das Speichern, Nutzen und Übermitteln der erhobenen Daten zum Zwecke der Bearbeitung des Antrags- und Bewilligungsverfahrens ein und nimmt zur Kenntnis, dass alle Daten, die in diesem Antrag und während der Bearbeitung des Förderprojektes dem Hessischen Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege des Landes Hessen mitgeteilt werden zur Entscheidung über den Förderantrag und die spätere Bearbeitung des Förderprojektes erforderlich sind.
	2. Die Daten werden grundsätzlich nur durch das Hessische Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege des Landes Hessen verarbeitet. Soweit dies für Aufsichtsmaßnahmen sowie zu Bearbeitung von Anträgen oder Beschwerden erforderlich ist, werden die Daten gegenüber Behörden, Einrichtungen oder anderen öffentlichen Stellen offengelegt soweit diese Stellen die Informationen zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen.
	3. Die Datenverarbeitung beruht auf Artikel 6 Abs. 1 Buchst. e DSGVO in Verbindung mit § 1 Abs. 1 und 2 des HDSIG und den jeweils einzelnen Fördererlassen.
	4. Die Antragstellerin/der Antragsteller nimmt zur Kenntnis, dass sie/er die Einwilligung zur Verarbeitung der Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird dadurch nicht berührt.
 |

X

|  |
| --- |
| 1. **Erklärung**
 |
| **Die Antragstellerin/der Antragsteller versichert, dass*** 1. mit der Maßnahme noch nicht begonnen wurde und auch vor Bekanntgabe des Zuwendungsbescheides nicht begonnen wird,
	2. sie/er zum Vorsteuerabzug nach §15 UStG

[ ]  nicht berechtigt ist,[ ]  berechtigt ist und dies bei der Berechnung der Gesamtausgaben (Nr. 3.8) im Ausgaben- und Finanzierungsplan berücksichtigt wurde (Preise ohne Umsatzsteuer),* 1. ihr/ihm bekannt ist, dass wenn sich das unter 2.3 angegebene Datum verschiebt, sich der im Bescheid festgelegte Förderzeitraum entsprechend reduziert,
	2. ihr/ihm bekannt ist, dass mit dem Verwendungsnachweis einen Nachweis der bestehenden Kassenzulassung nach § 134a SGB V und einen Nachweis über die Gründung durch Nachweis über die Anzeige beim zuständigen Gesundheitsamt nach § 12 Abs. 1 HGöGD) zu erbringen ist,
	3. ihr/ihm bekannt ist, dass die Auszahlung der Förderung erst nach Vorlage und Prüfung des Verwendungsnachweises erfolgt,
	4. ihr/ihm bekannt ist, dass sie/er sich dazu verpflichtet die freiberufliche Hebammentätigkeit mit kassenfinanzierten Regelleistungen mindestens für 24 Monate in Hessen auszuüben,
	5. die Bewilligungsbehörde zur Prüfung der Fördervoraussetzungen weitere Angaben und Unterlagen verlangen kann,
	6. die in diesem Antrag (einschließlich Anlagen) gemachten Angaben vollständig und richtig sind,
	7. sie/er jede Abweichung von den in diesem Antrag (einschließlich Anlagen) gemachten Angaben unverzüglich der bewilligenden Stelle schriftlich mitteilt,
	8. ihr/ihm bekannt ist, dass kein Rechtsanspruch auf die Gewährung der Förderung besteht,
	9. ihr/ihm bekannt ist, dass die in diesem Antrag aufgeführten Angaben sowie ggf. in den Anlagen anzugebenden Tatsachen subventionserheblich im Sinne des § 264 des StGB sind und Subventionsbetrug nach dieser Vorschrift strafbar ist.Das ihr/ihm § 4 des Subventionsgesetzes in der Fassung vom 25.09.1990 (BGBl. I S. 2106) in Verbindung mit dem Hessischen Subventionsgesetz vom 18.05.1977 (GVBl. I S.199) bekannt ist, wonach insbesondere Scheingeschäfte und Scheinhandlungen für die Bewilligung, Gewährung, Rückforderung und Weitergewährung oder das Belassen einer Subvention oder eines Subventionsvorteils unerheblich sind. Maßgeblich ist der Sachverhalt, der durch ein Scheingeschäft oder eine Scheinhandlung verdeckt wird.Das ihr/ihm die nach § 3 des Subventionsgesetzes bestehenden Mitteilungspflichten bekannt sind,
	10. sie/er sich mit den Aussagen unter Ziffer 4.1 bis 4.4 einverstanden erklärt,
	11. sie/er damit einverstanden ist, dass die im Antrag gemachten Angaben elektronisch erfasst, bearbeitet, gespeichert und in anonymer Form für Zwecke der Statistik und der Erfolgskontrolle verwendet werden,
	12. sie/er für den beantragten Fördergegenstand keine oder keine weiteren Mittel von Dritten erhält, beantragt hat oder beantragen wird (Ausschluss Doppelförderung).
	13. Beigefügte Anlagen:

[ ]  Anlage 1 - Finanzierungsplan [ ]  Ausgefüllte und unterschriebene De-minimis-Erklärung im Original[ ]  Eine beglaubigte Kopie des Nachweises über die Erlaubnis nach § 5 HebG [ ]  zu Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.[x]  zu Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

X

X

|  |
| --- |
| **Unterschrift Bitte im Original unterschreiben!** |

Ich bestätige, dass meine Angaben in diesem Antrag und den eingereichten Unterlagen richtig und vollständig sind.

*Ort, Datum:*Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

 Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

*Rechtsverbindliche Unterschrift der/des Handlungsberechtigten* *(zusätzlich bitte vollständiger Vorname und Name in Druckbuchstaben*

1. Der Zeitraum zwischen der Abmeldung der vorangegangenen Tätigkeit als Hebamme und der Wiederanmeldung muss mindestens ein Jahr betragen. [↑](#footnote-ref-1)
2. Datum der geplanten Aufnahme der freiberuflichen Hebammentätigkeit, der Leistungserweiterung oder Gründungsdatum des Geburtshauses. Ausgehend von diesem Datum wird der Förderzeitraum festgelegt. [↑](#footnote-ref-2)
3. Gesamtausgaben entsprechend 3.8 des Finanzierungsplans. Die Gesamtausgaben müssen höher sein als die beantragte Zuwendung. [↑](#footnote-ref-3)
4. Die Zuwendung ist gemäß Ziffer 6 (1) der Förderrichtlinie ein Festbetrag in Höhe von 5.000,- € bzw. für Geburtshäuser 10.000,- €. [↑](#footnote-ref-4)