

**Antrag auf Gewährung einer Zuwendung des Landkreises
Ludwigsburg im Rahmen des fortgesetzten Förderaufrufs
"Verbesserung der Grundversorgung durch Förderung der
Hebammenstruktur im Landkreis Ludwigsburg" für bereits
etablierte Hebammenpraxen**

1. Angaben zu den Antragsstellenden

a) Hebamme A:

Name:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

b) Hebamme B oder Ärztin/Arzt:

Name:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

c) Hebamme C:

Name:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

d) Hebamme D:

Name:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

e) Hebamme E, F, G,.... Etc.

2. Angaben zur Arbeitszeit

Ein Vollzeitäquivalent beträgt 39 Stunden pro Woche.

Die Arbeitszeit kann nach Bedarf auch in privaten Räumlichkeiten verrichtet werden.

Als Arbeitszeit gelten alle hebammenspezifischen Tätigkeiten im Zusammenhang mit den Sprechstunden sowie deren Vor- und Nachbereitung, Büroarbeiten etc. inklusive Sprechstunden für Familien, welche keine Hebamme gefunden haben.

Hebamme A: _____Prozent

Hebamme B: _____Prozent

Hebamme C: _____Prozent

Hebamme D: _____Prozent

3. Angaben zu den Praxisräumen

Name der Praxis: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Größe in Quadratmetern: _____

4. Angaben zu zusätzlichen spezifischen Maßnahmen

Die spezifischen Maßnahmen dürfen nicht kassenfinanziert sein und müssen kostenlos angeboten werden. Neben der kassenfinanzierten Tätigkeit sind viele Maßnahmen denkbar. So sind beispielsweise Stillcafés, Paarkurse, telefonische Beratungen oder auch Vermittlungen an andere Kolleginnen und Kollegen uvm. möglich.

Titel der Maßnahme: _____

Kurze Beschreibung der Maßnahme:

Zeitungsfang pro Monat in Stunden : _____

5. Angaben zur Kooperation

Beginn der Kooperation in gemeinsamen Praxisräumen (Datum): _____

Anzahl der Teambesprechungen im Monat: _____

6. Förderung

Beantragte Summe des Betriebskostenzuschuss: _____ Euro

Beginn der neu beantragten Förderung (Datum): _____

Bankverbindung

Name des Empfängers: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Name des Geldinstituts: _____

In welchem Turnus ist die Auszahlung gewünscht? (bitte ankreuzen)

Einmalig

Betrag auf _____ Jahre verteilt (höchstens 3 Jahre)

Anlagen:

1. Bescheinigung/Zeugnis über abgeschlossene Ausbildung/ Studium zur Hebamme*

2. Mietvertrag mit Quadratmeterangabe*

*nur notwendig falls noch nicht vorliegend oder bei Änderungen zur vorherig beantragten Förderung

Erklärung:

Wir versichern, dass die Angaben in diesem Antrag richtig und vollständig sind und dass wir jede Veränderung der für die Gewährung der Unterstützung maßgebenden Verhältnisse unverzüglich dem Landkreis Ludwigsburg mitteilen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsstellende