

Anlage 1

Antrag
auf Gewährung einer Zuwendung

Bewilligungsbehörde

Antrag auf Förderung von Beratungsstellen für Schwangerschaftsprobleme und Familienplanung/ Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen

1. Antragsteller/in	
Name/Bezeichnung	a) Träger b) Einrichtung
Anschrift	Straße/Postleitzahl/Ort/Kreis a) Träger b) Einrichtung (ggf. Nebenstellen)
Ansprechpartner/in	Name/Telefon (Durchwahl)/Fax/E-mail a) Träger b) Einrichtung (ggf. Nebenstellen)
Bankverbindung	Kontonummer
	Bankleitzahl
	Bezeichnung des Kreditinstituts

Zweckbestimmung der Einrichtung	☐ Beratungsstelle für Schwangerschaftsprobleme und Familienplanung/ Schwangerschaftskonfliktberatung ☐ mit der Möglichkeit der Indikationsstellung ☐ durch Ärztin/ Arzt in der Beratungsstelle ☐ durch Ärztin/Arzt in vertretbarer räumlicher Entfernung (schriftliche Bestätigung hierüber liegt vor/ bei) ☐ Kombinierte/ integrierte Einrichtung und zwar ☐ Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und Eltern/ Erziehungsberatungsstelle ☐ Ehe-/Lebensberatungsstelle ☐ Frauenberatungsstelle ☐
---------------------------------	--

2. Maßnahme	Durchführungszeitraum
Förderung von Beratungsstellen für Schwangerschaftsprobleme und Familienplanung/ Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle	von _____ bis _____

3. Beantragte Zuwendung
Zu der v. g. Maßnahme wird eine höchstmögliche Zuwendung beantragt. Die Angaben zur personellen Besetzung ergeben sich aus der beigefügten Anlage

4. Erklärungen

Der/Die Antragsteller/in erklärt, dass

4.1 die in diesem Antrag (einschließlich Antragsunterlagen) gemachten Angaben vollständig und richtig sind,

4.2 er/sie

☐ . mit der Maßnahme noch nicht begonnen hat und vor Bekanntgabe des Zuwendungsbescheides nicht beginnen wird¹,

☐ mit der Maßnahme aus folgenden Gründen begonnen hat und hiermit eine Ausnahme beantragt:

.....

4.3 er/sie

☐ keine weiteren Zuwendungen aus öffentlichen Mitteln im Durchführungszeitraum zur Gesamtfinanzierung der Beratungsstelle erhält und auch nicht beantragen wird. Der Antragsteller/die Antragstellerin verpflichtet sich, die Bewilligungsbehörde über einen später gestellten Antrag unverzüglich zu unterrichten,

☐ er/sie eine Zuwendung beantragt hat/beantragen wird/erhält

in Höhe von

€ für

(Kostenart)

bei/von

Die Gesamtfinanzierung der Einrichtung aus öffentlichen Mitteln beträgt insgesamt
 v. H.

4.4 er/sie die Förderkriterien nach den Richtlinien über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Beratungsstellen zur Sexualpädagogik, Schwangerschaftsverhütung, Familienplanung und zur Beratung der Schwangeren in einer Not- und Konfliktlage (Beratungsstellen für Schwangerschaftsprobleme und Familienplanung/ Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen) im Land Nordrhein-Westfalen vom 21. Oktober 2002 (SMBL 21630) kennt und beachten wird,

4.5 die staatliche Anerkennung durch die Bezirksregierung vom Az
 vorliegt

.....
 (Ort, Datum)

(Rechtsverbindliche Unterschrift)

¹ Dies gilt nicht bei der Fortsetzung jährlich wiederkehrender Maßnahmen, für die im Haushaltsjahr des Vorjahres Ausgabemittel bereitgestellt worden sind und eine Änderung der Förderungsvoraussetzungen dem Grunde nach nicht eingetreten ist.

Blatt 1 – auszufüllen von allen Beschäftigten für voll- und teilzeitbeschäftigte Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter

Anlage zu Nummer 3 des Antrags auf Gewährung einer Zuwendung

	Lfd. Nr.	Name Neubesetzung mit „N“ kennzeichnen	Berufsausbildung	Berufsbzw. Berufserfahrung seit ¹	Wöchentliche Arbeitszeit je Mitarbeiterin/ Mitarbeiter ²	Beschäftigt vom bis	Verg. /Bes.- Gr.	Geburtsdatum	Gewährung eines Ortszuschlags für Verheiratete ist mit „x“ zu kennzeichnen	Anzahl der Kinder, die beim Ortszuschlag berücksichtigt werden
1. Fachkräfte a) Fachkraft mit Leitungsverantwortung im Außenverhältnis										
b) übrige Fachkräfte										
2. Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter im Sekretariatsbereich										

¹ Qualifikationsnachweise über Ausbildung und Berufserfahrung beifügen, falls diese noch nicht vorliegen.

² Sind in integrierten Einrichtungen, Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter in mehreren Bereichen tätig, so sind hier die Arbeitszeiteile für den Bereich der Beratung nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz einzutragen.

Blatt 2 – auszufüllen für alle Honorarfachkräfte

	Name	Berufsausbildung	Anzahl der voraussichtlichen Honorar- stunden ¹
4. Honorarfachkräfte	Ärztin/Arzt		
	Diplompsychologin/ Diplompsychologe Diplompädagogin/ Diplompädagoge		
	Diplomsozialarbeiterin/ Diplomsozialarbeiter Diplomsozialpädagogin Diplomsozialpädagoge		
	Sonstige Ausbildung Kraft im Sekretariatsbereich		

¹ förderungsfähig ist höchstens die im Verwendungsnachweis des Vorjahres nachgewiesene Honorarstundenzahl.