

Landeshauptstadt Dresden
Amt für Gesundheit und Prävention
Postfach 12 00 20
01001 Dresden

Eingangsvermerk - Empfänger

Sitz: Dr.-Külz-Ring 19, 01067 Dresden

Aktenzeichen: _____

Antrag auf Gewährung einer Zuwendung

nach der Fachförderrichtlinie der Landeshauptstadt Dresden über die Gewährung von Zuwendungen im Bereich der Geburtshilfe (FFRL Geburten)

1. Angaben zur antragstellenden Person

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Praxisanschrift/Wohnanschrift

Straße _____ Hausnummer _____ PLZ _____ Ort _____

E-Mail _____

Bankverbindung

IBAN _____ BIC _____ Kontoinhaber/-in (falls nicht identisch mit antragst. Person) _____

2. Beantragte Zuwendung

Zuwendung für die Betreuung am Wochenbett in Höhe von 30,00 Euro.

Zuwendung für eine begonnene Geburt in einem Geburtshaus oder einer Praxis einer Hebamme oder eines Entbindungspfleger in Höhe von 100,00 Euro. Datum der Geburtshilfe _____

Zuwendung für eine begonnene Hausgeburt oder Beleggeburt im Krankenhaus in Höhe von 200,00 Euro. Datum der Geburtshilfe _____

3. Angaben zur betreuten Wöchnerin

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ Hausnummer _____ PLZ _____ Ort _____

4. Angaben zum Kind

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Mehrlingsgeburt nein ja, weitere Vornamen _____

Kopie der Geburtsurkunde ist beigelegt

Bemerkungen: (z.B. bei tot geborenen Kindern, Fehlgeburten, späten Schwangerschaftsabbrüchen, die eine Betreuung durch Hebammen/Entbindungspflegern erforderlich machen oder bei Adoptionen)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich

- die Richtigkeit und Vollständigkeit der im Antrag enthaltenen Angaben und die Kenntnis darüber, dass nur ein vollständig ausgefüllter Antrag von der Bewilligungsbehörde bearbeitet werden kann. Es besteht weder dem Grunde noch der Höhe nach ein Anspruch auf Zuwendung durch die Landeshauptstadt Dresden.
- die übernommene Verpflichtung, jegliche Änderungen zu den vorstehenden Angaben unaufgefordert und unverzüglich der Landeshauptstadt Dresden mitzuteilen.
- dass ich meine Verpflichtungen zur Zahlung von Steuern und Abgaben sowie der Beiträge zur gesetzlichen Sozialversicherung ordnungsgemäß erfülle.
- dass ich mich nicht in Liquidation befinde und gegen mich kein Insolvenzverfahren oder vergleichbares gesetzliches Verfahren eröffnet wurde, die Eröffnung weder beantragt noch ein solcher Antrag mangels Masse abgelehnt worden ist.
- dass ich einverstanden bin, dass die im Zusammenhang mit dem Förderverfahren der Bewilligungsbehörde zur Kenntnis gelangenden personenbezogenen sowie sonstigen Daten auf Datenträgern gespeichert, verarbeitet und ausgewertet werden. Ich erkläre meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner oben genannten personenbezogenen Daten durch die Landeshauptstadt Dresden zum Zwecke des Förderverfahrens auf Grundlage von Art. 7 der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO). Eine Übermittlung meiner personenbezogenen Daten an einen Dritten findet nicht statt. Die mit dem Zuwendungsverfahren im Zusammenhang stehenden Unterlagen werden für die Dauer von zehn Jahren aufbewahrt. Meine Einwilligungserklärung gebe ich freiwillig ab. Ich kann diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ich wurde darauf hingewiesen, dass mir folgende Betroffenenrechte im Hinblick auf den Schutz meiner personenbezogenen Daten zustehen: Auskunftsrecht (Art. 15 EU-DSGVO), Recht auf Berichtigung (Art. 16 EU-DSGVO), Recht auf Löschung/Vergessenwerden (Art. 17 EU-DSGVO), Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 EU-DSGVO), Beschwerderecht (Art. 13 Abs. 2 EU-DSGVO). Der behördliche Datenschutzbeauftragte ist erreichbar unter Landeshauptstadt Dresden, Datenschutzbeauftragter, Postfach 12 00 20, 01001 Dresden, datenschutzbeauftragter@dresden.de.
- dass ich von allen Personen, deren personenbezogene Daten an die Bewilligungsstelle weitergegeben werden, das Einverständnis zur Übermittlung dieser Daten erhalten habe.
- dass ich in Publikationen und auf Internetseiten regelmäßig auf die Zuwendung durch das Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Dresden hinweise.
- dass ich den vorzeitigen Maßnahmebeginn beantrage.

Zudem beantrage ich, im Falle einer Zuwendung, nach Ablauf der Rechtsbehelfsfrist die Auszahlung auf das oben benannte Bankkonto. Dem Abgleich mit der Medizinalstatistik stimme ich zu.

Ort, Datum, Unterschrift, Stempel soweit vorhanden

Von der Wöchnerin auszufüllen:

Es wird bestätigt, dass die o. g. Leistung erbracht wurde. Gleichzeitig wird bestätigt, dass gegenüber der Hebamme/dem Entbindungspfleger die Einwilligung zur Übermittlung meiner personenbezogenen Daten an die Bewilligungsbehörde zum Zwecke der Inanspruchnahme von Fördermitteln erteilt wurde. Mit dem Abgleich der oben gemachten Angaben und meinen im Melderegister hinterlegten Meldedaten zur Überprüfung des Hauptwohnsitzes in der Landeshauptstadt Dresden bin ich einverstanden.

Datum, Name und Unterschrift der Wöchnerin

Im Falle einer Beleggeburt von der Geburtsklinik auszufüllen:

Es wird bestätigt, dass die antragstellende Person die Geburt als Beleggeburt in unserer Klinik durchgeführt hat. Ein Arbeitsverhältnis mit der antragstellenden Person besteht nicht.

Datum, Stempel und Unterschrift der Geburtsklinik