



Einzureichen an:

Von der Investitionsbank auszufüllen

Investitionsbank Sachsen-Anhalt
Bildung und Arbeit
Domplatz 12
39104 Magdeburg

Eingangsdatum



Kd-Nr.:

AUSZAHLUNGSANTRAG/VERWENDUNGSNACHWEIS

Hebammenförderung

1. ANGABEN DER/DES KUNDEN

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Vorwahl/Rufnummer

PLZ

Ort

ggf. Ortsteil

2. KURZANGABEN ZUM VORHABEN

2.1 Durchführungsort/Niederlassung

PLZ

Ort

ggf. Ortsteil

2.2 Ziele des Vorhabens

Ich habe nach Bewilligung die freiberufliche Tätigkeit als Hebammen auf dem Gebiet der Geburtshilfe in Sachsen-Anhalt aufgenommen.

Ja

Nein*

Bewilligungszeitraum (lt. ZB/ ÄB**)

Bewilligungszeitraum:

Beginn

Tag/Monat/Jahr

Ende

Tag/Monat/Jahr

Tatsächlicher Vorhabenszeitraum:

Beginn des Vorhabens = Abschluss des Versicherungsvertrages

Tag/Monat/Jahr

Vorhabensende = Zahlung des Haftpflichtversicherungsbetrages

Tag/Monat/Jahr

Hinweise:

* Bitte im Sachbericht unter Ziffer 5 dieses Auszahlungsantrages/Verwendungsnachweises begründen

** ZB=Zuwendungsbescheid, ÄB=Änderungsbescheid

3. ZAHLENMÄSSIGER NACHWEIS

3.1 Ausgaben (in Euro)

zuwendungsfähige Ausgaben	Ausgaben lt. ZB/ÄB*	tatsächliche Ausgaben
Haftpflichtversicherungsjahresbeitrag		
Gesamtsumme der Ausgaben		



SACHSEN-ANHALT

3.2 Finanzierung der Ausgaben (in Euro)

Finanzierungsmittel	bewilligt lt. ZB/ÄB*	tatsächlich finanziert
Eigenmittel	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bewilligte Zuwendung	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fremdmittel		
Weitere Fördermittel aus öffentlichen Mitteln und/oder sonstige öffentliche Finanzierungshilfen (bitte bezeichnen)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sonstige Fremdmittel (bitte bezeichnen)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Summe der Finanzierungsmittel	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hinweis:

* ZB=Zuwendungsbescheid, ÄB=Änderungsbescheid

4. ANGABEN ZUR HAFTPFLICHTVERSICHERUNG

Übersicht der im angegebenen Bewilligungszeitraum erbrachten Zahlung des Jahresbeitrages der Haftpflichtversicherung

Tag der Zahlung	<input type="text"/>
Empfänger	<input type="text"/>
Nummer des Versicherungspolice	<input type="text"/>
Betrag in Euro	<input type="text"/>

5. SACHBERICHT

Kurzer Abriss des durchgeführten Vorhabens, der Erreichung des Zuwendungszwecks (Abschluss, Form und Inhalt der Haftpflichtversicherung), eventuelle Abweichungen zur Planung in räumlicher und zeitlicher Hinsicht sowie relevante Änderungen in den rechtlichen Verhältnissen des Zuwendungsempfängers (Angabe der aktuellen Tätigkeit inklusive des gewählten Fachgebiets innerhalb der Berufsgruppe der Hebammen, Angabe der Anstellungsart und/oder Selbstständigkeit). Bitte ggf. auf einem gesonderten Blatt ergänzen.

