|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Landschaftsverband Westfalen-Lippe  LWL-Landesjugendamt Westfalen  Sachbereich 0401  48133 Münster | | | | | | **Antrag auf Abschlagszahlungen zur Förderung der Schwangerschaftsberatung aus Mitteln des Landes NRW** |
| **Finanzierungsbeteiligung an den Beratungsstellen nach §§ 3 und 8 Schwangerschaftskonfliktgesetz – SchKG – auf der Grundlage des Schwangerschaftskonfliktgesetz-Ausführungsgesetzes NRW - AG SchKG – vom 09.12.2014 (GV.NRW 2014 S. 881) und der Verordnung zum Schwangerschaftskonfliktgesetz- Ausführungsgesetz - AG SchKG VO - vom 18.12.2014 (GV.NRW 2014 S. 923)** | | | | | | |
| **1. Antragstellerin/Antragsteller/ Az.LWL: 50 0401** | | | | | | |
| **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):** | | | | |
| **Zuständiger Spitzen-verband der freien Wohlfahrtspflege** | |  | | | | |
| **Bankverbindung** | | **IBAN:** | | | | |
|  | | | | |
| **Bezeichnung des Kreditinstituts:** | | | | |
| **Zweckbestimmung der Einrichtung:** | | | | | | |
|  |  | | Beratungsstelle nach § 3 und § 8 SchKG | | | |
|  | | Beratungsstelle nach § 3 SchKG | | | |
|  | | Beratungsstelle nach § 8 SchKG | | | |
|  | | Kombinierte/integrierte Einrichtung, und zwar:  Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und Eltern/Erziehungsberatungsstelle  Ehe-/Lebensberatungsstelle  Frauenberatungsstelle | | | |
|  | | | | | | |
| **2. Durchführungszeitraum** | | | | | | |
| vom **01.01.** bis **31.12.2024** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **3. Auf den zu erwartenden Zuschuss für das Haushaltsjahr 2024 werden hiermit Abschlagszahlungen für die o.a. Beratungsstelle beantragt.**  **Sie werden eingesetzt zur Finanzierung von**  **80 v. H. der förderfähigen Bruttopersonalkosten.**    **Honorarkräften, deren Hinzuziehung nach § 6 Abs. 3 SchKG erfolgt.**  Die Angaben sind nach den Erfahrungswerten der Vorjahre geschätzt.  Voraussichtliche Honorarstunden:  **Sachkosten** (z. Zt. 10.300 € je ganzjährig vollzeitbeschäftigter Fach- und Verwaltungskraft). | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **4. Erklärungen** | | | | | | |
| **Die Antragstellerin/der Antragsteller erklärt, dass**   * 1. sie/er sich verpflichtet, andere öffentliche Zuschussgeber über diesen gestellten Antrag zu unterrichten,     4.2  die staatliche Anerkennung durch die Bezirksregierung vom , Az. , vorliegt. | | | | | | |
| Der Antrag auf Förderung wird erstmalig gestellt. | | | | | | |
| , | | | |  |  | |
| **(Ort, Datum)** | | | | **(Rechtsverbindliche Unterschrift)** | |
|  | |
| **(Name, Funktion)** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Anlage zu Nummer 3 des Antrags auf Förderung für voll- und teilzeitbeschäftigte Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter**  **Blatt 1** | | | | | | | | | | | |
|  | **lfd. Nr.** | | **Name**  Fachkraft, wg. der die Anerkennung erfolgte, bitte mit „x“ und Neueinstellungen mit „N“ kennzeichnen | | **Geburts-datum** | **Berufsausbildung** | **Beschäftigt**  **vom - bis**  **2024**  **(Jahr)** | | **Entgelt-/**  **Vergütungs-/**  **Besoldungs-gruppe**  **lt. Arbeits-**  **vertrag** | **regelm. wöchentl. Arbeitszeit eines Vollzeitbeschäftigten lt. Tarifvertrag** | **regelm.**  **wöchentl.**  **Arbeitszeit lt. Arbeits-vertrag/in die Förderung einzubeziehen** |
| **Bera-tungs-fach-kräfte** |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  | |  |  |  |
| **Verwal-tungs-kräfte** |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  | |  |  |  |
| **Blatt 2**  auszufüllen von Beratungsstellen, die die Förderung von Honorarstunden für die Hinzuziehung von Fachkräften nach § 6 Abs. 3 Nr. 1 und 2 SchKG beantragen | | | | | | | | | | | | |
| **Honorar-kräfte** | | **Ausbildung** | | **Name der Honorarkraft** | | | | **Anzahl der voraussichtlichen Honorarstunden (60 Min.)** | | | | |
| **Ärztin/**  **Arzt** | |  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
| **Dipl.-Psychologin/**  **Dipl.-Psychologe** | |  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
| **Dipl.-Sozialpädagogin/**  **Dipl.-Sozialpädagoge/ Dipl.-Sozialarbeiterin/**  **Dipl.-Sozialarbeiter** | |  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
| **Juristin/**  **Jurist** | |  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
| **Sonstige Ausbildung** | |  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |