|  |  |
| --- | --- |
| Landschaftsverband Westfalen-LippeLWL-Landesjugendamt WestfalenSachbereich 040148133 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 **31.12.2025** |
|  |
| **3. Auf den zu erwartenden Zuschuss für das Haushaltsjahr 2025 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. 11.400 € 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****2025** **(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** |       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|  |