**Antrag auf Gewährung einer Zuwendung**

**I.** **Allgemeine Angaben zum Antrag**

|  |
| --- |
| **Kontaktdaten** |
| Antragsberechtigung | Wählen Sie ein Element aus. |
| Anschrift | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Ansprechperson | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefonnummer | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefaxnummer | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| E-Mail-Adresse | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Bankverbindung  | IBAN Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.BIC Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

 **II.** **Einwilligung in die Datenverarbeitung und —nutzung**

 lch/Wir erkläre/n mich/uns bis auf Widerruf damit einverstanden, dass meine/unsere
 Antragsdaten vom Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie verarbeitet und genutzt werden, um den Antrag auf Förderung zu bearbeiten.

 Des Weiteren erkläre/n ich/wir mich/uns bis auf Widerruf damit einverstanden, bei Erhalt
der Zuwendung, Informationen über den Stand und Inhalt des Fördervorhabens auf
Verlangen an das Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie zu übermitteln.

Die Abgabe dieser Erklärung ist freiwillig. lch/Wir kann/können meine/unsere Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ohne die Einwilligung kann ggf. der Antrag auf Förderung nicht bearbeitet werden.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ansprechperson** | **Vor- und Nachname** | **Unterschrift** |
| Antragsberechtigte/r | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |  |
| Projektverantwortliche/r | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |  |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |  |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |  |

**III. Kosten- und Finanzierungsplan**

 **Beantragte Maßnahme:** Wählen Sie ein Element aus.
 Teil 1 Ausgabenplan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kostenart** | **2020** | **2021** |
| Personalausgaben – Stelle 1 | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.€ | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.€ |
| Personalausgaben – Stelle 2 | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.€ | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.€ |
| Personalausgaben – Stelle 3 | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.€ | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.€ |
| Gesamtausgaben | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.€ | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.€ |

Teil 2 Eigenmittel

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kommunale Mittel | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.€ | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.€ |
| Zusätzliche öffentliche Mittel (z. B. des Bundes) | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.€ | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.€ |
| Drittmittel (z. B. Eigenanteil des Projektträgers oderKofinanzierung über Träger der Ausbildung) | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.€ | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.€ |
| Gesamteigenmittel | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.€ | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.€ |

Teil 3 Zuwendung

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Gesamtausgaben | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.€ | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.€ |
| Gesamteigenmittel | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.€ | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.€ |
| Erbetene Zuwendung | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.€ | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.€ |

**IV.** **Konzept**

 Beantragte Maßnahme nach Buchstabe a

* **Bennen Sie bitte die Kooperationspartner, mit denen ein Zusammenschluss**

 **erfolgen soll.**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* **Welche Vereinbarungen sollen getroffen werden?**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

 **•** **Benennen Sie die einzelnen Aspekte, die in den Vereinbarungen geregelt**

 **werden sollen.**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

 Beantragte Maßnahme nach Buchstabe b

 **•** **Bennen Sie die Kooperationspartner, mit denen ein Zusammenschluss**

 **erfolgt ist.**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

 **•** **Wie wollen Sie die Lernkooperation verstetigen? Mit welchen Mitteln bzw.**

 **Verfahren?**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

 **•** **Wie soll das zu entwickelnde gemeinsame Ausbildungskonzept aufgebaut**

 **werden?**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

 **•** **Welche Fortbildungsangebote für die im Ausbildungsverbund tätigen**

 **Praxisanleitungen werden geplant?**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

 **•** **Welche Lernaufgaben für die Praxiseinsätze durch Lehrkräfte und**

 **Praxisanleiter sollen entwickelt werden?**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

 **•** **Wie soll ein gemeinsames pädagogisches Ausbildungsverständnis im**

 **Ausbildungsverbund entwickelt werden?**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

 **•** **Wie sollen gemeinsame Ausbildungsstandards und ein professionelles**

 **ethisch fundiertes Pflegeverständnis im Ausbildungsverbund entwickelt**
 **werden?**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

 **• Welche Kooperationsformen zwischen beteiligten Pflegeschulen sollen**

 **implementiert werden?**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Beantragte Maßnahme nach Buchstabe c

* **Wie soll die Koordination und Ablaufplanung von Unterricht und praktischer**

 **Ausbildung erfolgen?**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* **lnwiefern werden die Träger der praktischen Ausbildung und der weiteren**

 **Praxiseinrichtungen bei der Entwicklung von praktischen**
 **Ausbildungsplänen für die jeweiligen Einsätze unterstützt?**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* **Welche Verfahren wollen Sie anwenden, um bei Konflikten mit dem Träger**

**der praktischen Ausbildung bzgl. der Umsetzung der Vorgaben des**
**Rahmenplans für die praktische Ausbildung bzw. der Passung zum**
**Schulcurricula zu lösen?**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* **Mit welchen Verfahren wollen Sie sicherstellen, dass die praktischen**

 **Ausbildungsnachweise von Ihrer Schule überprüft werden? (z.B. im**
 **Rahmen von Softwarelösungen, anderen Verfahren). Mit welchen Verfahren**
 **wollen Sie bei möglichen Konflikten mit den Trägern der praktischen**
 **Ausbildung hinsichtlich des Ausbildungsnachweises Einvernehmen**
 **herstellen?**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**O**rt, Datum Unterschrift / Stempel

 **Erklärung zum Maßnahmenbeginn**

 gemäß § 44 ThürLHO

[ ]  Mit der Maßnahme wurde noch nicht begonnen.

Ort, Datum Unterschrift / Stempel

 **Erklärung zur Vorsteuerabzugsberechtigung**

[ ]  Hiermit erkläre ich, dass ich für o.g. Vorhaben nicht vorsteuerabzugsberechtigt nach

 § 15 UStG bin.

[ ]  Hiermit erkläre ich, dass ich für o.g. Vorhaben vorsteuerabzugsberechtigt nach § 15

 UStG bin.

Ort, Datum Unterschrift / Stempel