|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ministerium für Soziales, Gesundheit und SportMecklenburg-Vorpommern | \\wm-sn-gv0002\benutzer$\sstamer\Eigene Bilder\Logos und Wappen\8141_lw_gross_small.gif |  | Landesamt für Gesundheit und Soziales  |  |

Landesamt für Gesundheit und Soziales

Abteilung 2 – Förderangelegenheiten

Neustrelitzer Straße 120

17033 Neubrandenburg

**Erstantrag / Sammelantrag für das Jahr**

**auf Zuschüsse für Gebärdensprachdolmetscherleistungen im privaten Bereich**

|  |
| --- |
| 1. **Allgemeine Angaben zur Gebärdensprachdolmetscherin/zum Gebärdensprachdolmetscher** (Antragsteller)
 |
| Antragsteller |      Name, Vorname |
| Anschrift / Kontakt |      PLZ |      Ort |
|      Straße |      Hausnummer |
|      Telefon  |      E-Mail |
| Wirtschafts-Identifikationsnummer(soweit vorhanden) |       | Steuernummer |       |
| Bankverbindung für die Auszahlung |
| Kontoinhaber, falls vom Antragsteller abweichend |       |
| IBAN |       |

|  |
| --- |
| 1. **Qualifikation** (Nur ausfüllen wenn der Nachweis noch nicht im LAGuS vorliegt.)
 |
| Eine abgeschlossene Berufsausbildung\* oder staatliche Anerkennung\* für das Tätigkeitsfeld liegt vor.(Entschädigung der Fahrt-, Dolmetsch- und Wartezeiten für jede angefangene **halbe Stunde in Höhe von 37,50 €**) | ja [ ]  | nein [ ]  |
| Eine abgeschlossene Qualifizierung\* für das Tätigkeitsfeld liegt vor.(Entschädigung der Fahrt-, Dolmetsch- und Wartezeiten für jede angefangene **halbe Stunde in Höhe von 28,15 €**) | ja [ ]  | nein [ ]  |
| \*Der entsprechende Nachweis ist in der Anlage beigefügt. | ja [ ]  | nein [ ]  |
| Es wird das Einverständnis erklärt, dass die Nachweise zur Ausbildung oder Qualifikation für wiederkehrende Anträge beim LAGuS gespeichert werden.  | ja [ ]  | nein [ ]  |

|  |
| --- |
| 1. **Angaben zum Einsatz und Bestätigung**

(Diese Angaben sind von der hörbehinderten Person auszufüllen und werden  mit gesondertem Blatt eingereicht.) |

|  |
| --- |
| 1. **Antragstellung und Abrechnung**
 |
| Hinweis zum Ausschluss anderer Kostenträgerschaften: Nicht gefördert werden Leistungen, für die ein gesetzlicher Anspruch auf Kostenübernahme nach der Kommunikationshilfe-verordnung Mecklenburg-Vorpommern (KHVO M-V) besteht, wie z.B. * Leistungen nach § 11 Landesbehindertengleichstellungsgesetz (LBGG M-V)
* Aufwendungen, die von den in §§ 19 bis 29 des ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) genannten Leistungsträgern auf Grund der Regelungen in § 17 Abs. 2 SGB I, § 82 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) und § 19 des Zehnten Sozialgesetzbuches (SGB X) zu übernehmen sind (gesetzliche Leistungen).

Nicht gefördert werden Leistungen, für die eine Erstattung durch das Inklusionsamt im Rahmen der Gewährung von Leistungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben nach § 185 SGB IX, Teil 3 aus Mitteln der Ausgleichsabgabe erfolgt.Nicht gefördert werden Leistungen, für die ein Erstattungsanspruch nach § 9 Justizvergütungs- und entschädigungsgesetz (JVEG) besteht. |
| Ausschluss anderer Kostenträgerschaften  | [ ]  Es wird bestätigt, dass es sich nicht um einen Einsatz  handelt, für den es eine andere Kostenträgerschaft gibt. |

|  |
| --- |
| **4.1. Abrechnung für das Dolmetschen** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lfd. Nr. | Interne Rechnungsnummer des Antragstellers | Dolmetschzeit in halbe Stunden (aufgerundet auf eine halbe Stunde) | Kostensatz 37,50 € oder28,15 € | Dolmetschkosten |
| 1 |       |      |       | 0,00 € |
| 2 |       |       |       | 0,00 € |
| 3 |       |       |       | 0,00 € |
| 4 |       |       |       | 0,00 € |
| 5 |       |       |       | 0,00 € |
| 6 |       |       |       | 0,00 € |
| Zwischensumme | 0,00 € |

|  |
| --- |
| **4.2 Abrechnung für Fahrt- und Wartezeiten**  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lfd. Nr. | Fahrt- und Wartezeit in halbe Stunden(aufgerundet auf eine halbe Stunde) | Kostensatz 37,50 €oder 28,15 € | Kosten für Fahrt- und Wartezeit |
| 1 |       |       | 0,00 € |
| 2 |       |       | 0,00 € |
| 3 |       |       | 0,00 € |
| 4 |       |       | 0,00 € |
| 5 |       |       | 0,00 € |
| 6 |       |       | 0,00 € |
| Zwischensumme | 0,00 € |

|  |
| --- |
|  **4.3 Abrechnung von Fahrtkosten** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lfd. Nr. | Mit dem Pkwgefahrene km | Kilometer-satz | Kilometer-geld | Sonstige Fahrtkosten(z. B. Fahrticket, Tunnelgebühr) | Fahrtkosten gesamt |
| 1 |       | 0,30 € | 0,00 € |       | 0,00 € |
| 2 |       | 0,30 € | 0,00 € |       | 0,00 € |
| 3 |       | 0,30 € | 0,00 € |       | 0,00 € |
| 4 |       | 0,30 € | 0,00 € |       | 0,00 € |
| 5 |       | 0,30 € | 0,00 € |       | 0,00 € |
| 6 |       | 0,30 € | 0,00 € |       | 0,00 € |
| Zwischensumme | 0,00 € |

|  |
| --- |
| **4.4 Abrechnung insgesamt** |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Es wird eine Zuwendung aus Landesmitteln beantragt in Höhe von insgesamt  | 0,00 €. |
| [ ]  Es wird um Überweisung auf die mit dem Erstantrag eingereichte Kontoverbindung gebeten.[ ]  Da der Einsatz/die Einsätze zur laufenden Nummer/zu den laufenden Nummern       erst nach dem 10. Dezember stattfindet/stattfinden werden, wird um Auszahlung nach dem Vorschussprinzip  gebeten. Die geplanten Angaben zum Einsatz/zu den Einsätzen sind aus der Anlage/den Anlagen zu 3. ersichtlich. Die Bestätigung des/die Bestätigungen der hörbehinderten Menschen mit ggf.  erforderlichen Korrekturen zum Einsatz/zu den Einsätzen wird/werden bis zum 15.01. des nächsten Jahres nachgereicht. |

|  |
| --- |
| **4.5 Erläuterungen zu Gebärdensprachdolmetschereinsätzen in  Doppelbesetzung** |
| [ ]  laufende Nummern:       Es handelte sich um Informationsveranstaltung/en oder Tagung/en von Vereinen oder Verbänden im Rahmen des Ehrenamtes, die über mehr als zwei Stunden andauerte/n. [ ]  laufende Nummern:       Es handelte sich um einen anderen Einsatz/andere Einsätze. Begründung      Bitte hier laufende Nummern, Namen und Vornamen der weiteren Gebärdensprachdolmetscherin/ des weiteren Gebärdensprachdolmetschers angeben.       |

|  |
| --- |
| 1. **Erklärung zum Vorsteuerabzug**
 |
|  Der Antragsteller erklärt, dass er zum Vorsteuerabzug nach § 15 des Umsatzsteuergesetzes |
|  [ ]  nicht berechtigt ist. | [ ]  allgemein berechtigt ist. | [ ]  für das beantragte Vorhaben berechtigt ist. |
| [ ]  und dies bei den o.g. Ausgaben berücksichtigt hat (Kalkulation von Netto-Ausgaben ohne Umsatzsteuer). |

|  |
| --- |
| 1. **Datenschutzerklärung**
 |
| Im Zuwendungsverfahren (Antragsprüfung, Bewilligung, Vorhabenbegleitung, Verwendungsnachweisprüfung) werden personenbezogene Daten der am Projekt beteiligten Personen durch das Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGuS) verarbeitet, um die Zuwendungsfähigkeit des Antrags festzustellen, die zuwendungsfähigen Projektausgaben zu ermitteln und die Einhaltung des Zuwendungszwecks zu prüfen. Auf das unter <https://www.lagus.mv-regierung.de/Foerderungen/MV/> zur Verfügung gestellte Informationsblatt Datenschutz mit Informationen gem. Art. 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) über die Verarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen des Zuwendungsverhältnis wird verwiesen.Der Antragsteller erklärt, dass er den im Antrag namentlich benannten Personen das Informationsblatt zur Kenntnis gegeben hat und Personen, deren personenbezogene Daten im weiteren Zuwendungsverfahren an die Bewilligungsbehörde übermittelt werden, zur Kenntnis geben wird.Mit Einreichen des Antrages berechtigt der Antragsteller die Bewilligungsbehörde alle übergebenen Daten auf Datenträgern zu speichern und für Zwecke der Statistik und der Erfolgskontrolle über die Wirksamkeit des Förderprogramms auszuwerten. |

|  |
| --- |
| 1. **weitere Erklärungen des Antragstellers**
 |
| Es wird erklärt, * die Kenntnis der Kommunikationshilfeverordnung Mecklenburg-Vorpommern,
* das Einverständnis, alle zur Beurteilung des Antrages erforderlichen Auskünfte zu erteilen,
* dass Bestandteil dieses Antrages die ggf. beigefügten oder dem LAGuS bereits vorliegenden Ausbildungs- oder Qualifikationsnachweise sind,
* das Einverständnis, dass die erhobenen Daten für statistische Zwecke gespeichert und ausgewertet werden,
* das Einverständnis, dass Vertreterinnen und Vertreter des Zuwendungsgebers und des zuständigen Ministeriums jederzeit und ohne Anmeldung eine Überprüfung der Abrechnung vornehmen können und auf Verlangen alle relevanten Unterlagen geprüft werden können,
* dass alle Angaben und Erklärungen richtig und vollständig sind.
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum | Name in Druckbuchstaben | Unterschrift |

**Anlagen**

**[ ]** Ausbildungs- oder Qualifikationsnachweise

[ ]  für die laufende/n Nummern

[ ]  Anlage/n zu 3. Angaben zum Einsatz mit Bestätigung der hörbehinderten Person/en

[ ]  für die laufende/n Nummern       (Einsatz/Einsätze im Dezember)

[ ]  Anlage/n zu 3. Angaben zum Einsatz ohne Bestätigung der hörbehinderten Person/en