


## VERWENDUNGSNACHWEIS

### über die Förderung von anerkannten Schwangerschaftsberatungsstellen nach Nummer 7.6.6 der Verwaltungsvorschrift des Sozialministeriums über die Anerkennung und Förderung von anerkannten Schwangerschafts-beratungsstellen (VwV SchKG) vom 21. Dezember 2021 (GABI. S. 385)

An das

**Anlagen:** Jahresbericht/Sachbericht

 **Bitte zum 31. März des auf den Bewilligungszeitraum folgenden Jahres in einfacher Ausfertigung einreichen**

Zum Bescheid des Regierungspräsidiums

| Datum des Bescheids | Aktenzeichen | Evtl. Angaben des Absenders |
|---------------------|--------------|-----------------------------|
|                     |              |                             |

### 1. Allgemeine Angaben

Empfänger des Zuschusses

|  |
|--|
|  |
|--|

Höhe des Zuschusses

|  |
|--|
|  |
|--|

Anschrift der geförderten Beratungsstelle

|  |
|--|
|  |
|--|

### 2. Sachbericht

**Hinweis:**

Eine Tätigkeitsbeschreibung der Beratungsstelle im Bewilligungszeitraum und die Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen gemäß Ziffer 7.3.3 VwV SchKG müssen dem Sachbericht zu entnehmen sein.

Zahl der Beratungsfälle und Beratungsgespräche im Bewilligungszeitraum (einschließlich Neben- und Außenstellen)

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| Gesamtzahl aller Beratungsfälle                          |  | Gesamtzahl aller Beratungsgespräche                    |  |
| davon Konfliktberatungsfälle                             |  | davon Konfliktberatungsgespräche                       |  |
| davon Schwangerenberatungsfälle nach § 2, 2a SchKG       |  | davon Schwangerenberatungsgespräche nach § 2, 2a SchKG |  |
| davon PND-Beratungen                                     |  | davon PND-Beratungsgespräche                           |  |
| davon Beratungen zur vertraulichen Geburt                |  | davon Beratungsgespräche zur vertraulichen Geburt      |  |
| Zahl der Anträge an die Bundesstiftung „Mutter und Kind“ |  |  |  |
| Zahl der Anträge an die Landesstiftung „Familie in Not“  |  |  |  |
| Zahl der Anträge an andere Stiftungen / Fonds            |  |  |  |

### 3. Zahlenmäßiger Nachweis

Zahlenmäßiger Nachweis der Finanzierungsmittel und Ausgaben der geförderten Beratungsstelle im Bewilligungszeitraum (Jahresabschluss) **ausschließlich** für den Bereich der Beratung nach den §§ 2, 2a, 5, 6 und 25 SchKG

| Finanzierungsmittel (in Euro)  |  |
|--|--|
| Eigenmittel (z.B. Zuweisungen des Trägers, Einnahmen aus Entgelten, Spenden)   |  |
| Zuschuss des Landes:   |  |
| für Personalkosten   |  |
| für Sachkosten   |  |
| für Honorarkräfte lt. Ziffer 7.4.4 VwV SchKG   |  |
| <b>Gesamt</b>  |  |
| Zuschüsse von Kommunen <i>(Bitte erläutern)</i>  |  |
| 1.   |  |
| 2.   |  |
| 3.   |  |
| <b>Gesamt</b>  |  |
| Zahlungen aus dem U 1-Umlageverfahren, die nicht für Vertretungsleistungen eingesetzt wurden - einschließlich der auf das abgelaufene Förderjahr entfallenden, aber erst im laufenden Jahr gezahlten Erstattungen.** |  |
| Sonstige Finanzierungsmittel <i>(Bitte erläutern)</i>  |  |
| 1.   |  |
| 2.   |  |
| 3.   |  |
| <b>Einnahmen insgesamt *)</b>  |  |
| Ausgaben (in Euro)   |  |
| Personalkosten für angestellte Fachkräfte  |  |
| Personalkosten für Leitung und Verwaltung  |  |
| Mittelbedarf für Honorarkräfte   |  |
| Sachkosten insgesamt (z. B. Kosten für Räume, Bürobedarf, Porto, Telefon)  |  |
| <b>Ausgaben insgesamt</b>  |  |

Der Nachweis der Einzelzahlungen wird durch die vom Zuwendungsempfänger geführten Bücher und Belege erbracht, die jederzeit eingesehen werden können und mindestens fünf Jahre aufzubewahren sind.

\*) Die Summe „Einnahmen“ und die Summe „Ausgaben“ müssen übereinstimmen

\*\*\*) Noch ausstehende Erstattungen sind umgehend nach zu melden

#### 4. Angestellte Fachkräfte

Die Beratungsstelle war im Bewilligungszeitraum mit folgenden angestellten anerkannten Fachkräften besetzt (nach 7.3.1 VwV SchKG):

| Lfd. Nr. | Name und Vorname, Berufsbezeichnung, Tarif/Lohngruppe | Zeitdauer der Beschäftigung<br>von - bis | Umfang der Beschäftigung |  |   | Personalkosten im Bewilligungszeitraum ohne nicht förderfähigen Beschäftigungsumfang in Euro | Fehlzeiten ohne Lohnfortzahlung  |
|----------|---|--|--------------------------|--|---|--|--|
|          |   |  | Insgesamt <sup>1</sup>   | davon im Bereich Beratung nach den §§ 2, 2a, 5 und 6 SchKG | davon in nicht förderfähigen Bereichen (z.B. Ehe-, Familien-, Lebensberatung) |  |  |
| 1        |   |  |                          |  |   |  | nein <input type="checkbox"/><br>ja, von - bis<br><input type="text"/> |
| 2        |   |  |                          |  |   |  | nein <input type="checkbox"/><br>ja, von - bis<br><input type="text"/> |
| 3        |   |  |                          |  |   |  | nein <input type="checkbox"/><br>ja, von - bis<br><input type="text"/> |
| 4        |   |  |                          |  |   |  | nein <input type="checkbox"/><br>ja, von - bis<br><input type="text"/> |
| 5        |   |  |                          |  |   |  | nein <input type="checkbox"/><br>ja, von - bis<br><input type="text"/> |
| 6        |   |  |                          |  |   |  | nein <input type="checkbox"/><br>ja, von - bis<br><input type="text"/> |

<sup>1</sup> bitte hier bei Vollzeitbeschäftigten „100 %“ eintragen und bei Teilzeitbeschäftigten die arbeitsvertraglich vereinbarte prozentuale Arbeitszeit (z.B. 50 % oder 80 %)

| Lfd. Nr. | Name und Vorname, Berufsbezeichnung, Tarif/Lohngruppe | Zeitdauer der Beschäftigung<br>von - bis | Umfang der Beschäftigung |  |   | Personalkosten im Bewilligungszeitraum <u>ohne</u> nicht förderfähigen Beschäftigungsumfang in Euro | Fehlzeiten ohne Lohnfortzahlung<br>(Zutreffendes ist anzukreuzen) |
|----------|---|--|--------------------------|--|---|---|---|
|          |   |  | Insgesamt *              | davon im Bereich Beratung nach den §§ 2, 2a, 5 und 6 SchKG | davon in nicht förderfähigen Bereichen (z.B. Ehe-, Familien-, Lebensberatung) |   |   |
| 7        |   |  |                          |  |   |   | nein <input type="checkbox"/><br>ja, von - bis                    |
| 8        |   |  |                          |  |   |   | nein <input type="checkbox"/><br>ja, von - bis                    |
| 9        |   |  |                          |  |   |   | nein <input type="checkbox"/><br>ja, von - bis                    |
| 10       |   |  |                          |  |   |   | nein <input type="checkbox"/><br>ja, von - bis                    |
| 11       |   |  |                          |  |   |   | nein <input type="checkbox"/><br>ja, von - bis                    |
| 12       |   |  |                          |  |   |   | nein <input type="checkbox"/><br>ja, von - bis                    |

<sup>1</sup> bitte hier bei Vollzeitbeschäftigten „100 %“ eintragen und bei Teilzeitbeschäftigten die arbeitsvertraglich vereinbarte prozentuale Arbeitszeit (z.B. 50 % oder 80 %)

## 5. Honorarkräfte

| Da die Beratungsinhalte nicht von den hauptamtlich beschäftigten Fachkräften beantwortet werden konnten, wurden hinzugezogen: | Summe des gezahlten Honorars | Raum für Berechnungen<br>(Bitte nicht ausfüllen) |
|---|------------------------------|--|
| ▪ Ärztliche bzw. fachärztliche Honorarkräfte (auch Hebammen)  |                              |  |
| ▪ Psychologisch tätige Honorarkräfte  |                              |  |
| ▪ Juristisch tätige Honorarkräfte   |                              |  |
| ▪ Dolmetscher   |                              |  |
| ▪ Sozialpädagogisch bzw. sozialarbeiterisch tätige Honorarkräfte  |                              |  |
| <b>Gesamtsumme</b>  |                              |  |

## 6. Umlageverfahren U-1 (Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall)

Nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz haben wir im Bewilligungszeitraum am Umlageverfahren - U 1

- teilgenommen  
 nicht teilgenommen

|   |  |
|---|--|
| Gesamtersatzleistungen aus dem U1 –Umlageverfahren im Abrechnungsjahr |  |
| davon wurden für den Einsatz von Ersatzpersonal verwendet             |  |

## 7. Sonstige öffentliche Mittel

Für einen bzw. mehrere der unter Punkt 4 aufgeführten angestellten anerkannten Fachkräften wurden vom Träger der Beratungsstelle zusätzliche öffentliche Mittel z.B. bei Beschäftigung im Rahmen einer Arbeitsbeschaffungsmaßnahme oder als Gewährung eines Einarbeitungszuschusses beantragt.

Nein

Ja

wenn ja, für

| Name, Vorname | Zuschuss in Euro |
|---------------|------------------|
|               |                  |
|               |                  |
|               |                  |

## 8. Bestätigung

Wir erklären, dass der Zuschuss bestimmungsgemäß verwendet wurde und dass die Bestimmungen im Bewilligungsbescheid eingehalten wurden.

Wir bestätigen, dass die Ausgaben notwendig waren, mit ihnen wirtschaftlich und sparsam verfahren wurde und die Angaben mit den Büchern und Belegen übereinstimmen. Wir bestätigen, dass die in Nummer 4 aufgeführten Personen mit dem dort angegebenen Beschäftigungsumfang im Aufgabenbereich des Schwangerschaftskonfliktgesetzes tätig waren.

---

Ort, Datum

---

Rechtsverbindliche Unterschrift