**Vordruck 4**

**Erstattungsantrag**

**Ärztinnen und Ärzte**

**.............................................................................** ................................, den ...................................

(Anschrift, Telefon-Nr. der staatlich anerkannten Beratungsstelle)

Regierungspräsidium Kassel

Dezernat 58-Soziales

Am Alten Stadtschloss 1

34117 Kassel

**Antrag auf Erstattung für geleistete Schwangerschaftskonfliktberatungen nach § 5 SchKG für das Jahr \_\_\_\_\_\_\_\_**

Für Beratungen nach § 5 SchKG wird folgende Erstattung beantragt:

|  |  |
| --- | --- |
| **Zeitraum** | **Anzahl der Beratungsfälle****nach § 5 SchKG** |
| **Dezember** (des Vorjahres) |  |
| **01. Januar bis 31. März** |  |
| **01. April bis 30. Juni** |  |
| **01. Juli bis 30. September** |  |
| **01. Oktober bis 30. November** |  |

Die Beratungsleistungen für den Monat **Dezember** sind mit der 1. Quartalsmeldung im nächsten Jahr vorzulegen.

**Die Förderung soll auf folgendes****Konto überwiesen werden:**

|  |
| --- |
| IBAN: |
| BIC: | Name des Kreditinstitut: |
| Verwendungszweck: |

**Erklärung:**

* Ich versichere die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.
* Mir ist bekannt, dass die Beratung für Schwangere gemäß § 6 Abs. 4 SchKG unentgeltlich und eine Abrechnung ausschließlich nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz erfolgt. Ein entsprechender Hinweis ist in meiner Beratungsstelle vorhanden.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ort) (Datum) (rechtsverbindliche Unterschrift des Antragstellers)

**© RP-KS – Vordruck 4) Stand 01.01.2018**