



**Landesamt für Gesundheit und Soziales M-V  
Abteilung Förderangelegenheiten  
-MV-Schutzfonds / Sozialfonds Säule 6.2-  
Friedrich-Engels-Str. 47  
19061 Schwerin**

**Antrag  
auf Gewährung und Auszahlung einer Zuwendung aus dem MV-Schutzfonds für eine  
Anerkennungsprämie für Angehörige (Säule 6.2)**

(Stand 21.05.2020, v1.2)

**1. Allgemeine Hinweise für die Antragstellung**

Mit der Förderung soll das Engagement von Privatpersonen, die in der Häuslichkeit Angehörige pflegen oder angehörige Menschen mit Behinderungen betreuen, weil bedingt durch die Corona-Pandemie Einrichtungen und vergleichbare Institutionen geschlossen wurden, durch eine Prämie als Einmalzahlung anerkannt und unterstützt werden.

Antragsberechtigt sind natürliche Personen, die ihren Wohnsitz in Mecklenburg-Vorpommern haben und denen aufgrund der Pflege oder Betreuung finanzielle Mehrbelastungen (zum Beispiel durch Verdienstauffälle) entstanden sind, die nicht oder nicht in ausreichender Höhe anderweitig kompensiert werden.

Die Gewährung der Zuwendung setzt voraus, dass der Antragsteller

- Angehöriger einer pflegebedürftigen Person oder eines Menschen mit Behinderung ist,
- aufgrund der Corona-Pandemie bedingten Schließung eines ambulanten Angebotes in Mecklenburg-Vorpommern (Tagespflege, Werkstatt für Menschen mit Behinderungen, Tagesfördergruppe an einer WfbM, Tagesstätte für Menschen mit Behinderungen oder eine andere tagesstrukturierende Einrichtung bzw. vergleichbare Angebote) für seine oder seinen Angehörigen Sorge trägt, indem er die Pflege oder Betreuung der oder des Angehörigen in der eigenen Häuslichkeit selbst übernimmt, und
- aufgrund der Übernahme der Pflege oder Betreuung nicht mehr oder nicht mehr im bisherigen Umfang seine bisherige berufliche Tätigkeit ausüben kann und dadurch Verdienst- oder Umsatzauffälle zu tragen hat.

Als pflegebedürftig gelten Personen, für die mindestens der Pflegegrad 1 durch die Pflegekasse anerkannt wurde.

Als Angehörige sind alle Personen anzusehen, die in einem verwandtschaftlichen Verhältnis zueinander stehen sowie Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner und verschwägerte Personen.

Eine Zuwendung wird nicht gewährt, wenn der Zuwendungsempfänger vor der Übernahme der Pflege oder Betreuung keiner beruflichen Tätigkeit nachgegangen ist oder ambulante Angebote außerhalb von Mecklenburg-Vorpommern wahrgenommen wurden.

## 2. Informationen zur Höhe des Zuschusses

Die Zuwendung wird als einmaliger Pauschalbetrag in Höhe von 500,00 Euro je betreute Person vergeben.

## 3. Antragstellender

### Persönliche Daten

Name, Vorname		
Anschrift:	PLZ	Wohnort
	Straße	Hausnummer
Geboren am:		
beruflicher Status:	<input type="checkbox"/> Beschäftigte / Beschäftigter <u>Arbeitgeber:</u>	
	<input type="checkbox"/> Selbständige / Selbständiger <u>Erläuterung zur Selbständigkeit:</u>	
	<input type="checkbox"/> weder in einem Beschäftigungsverhältnis stehend noch selbständig tätig <u>Erläuterung:</u>	

### Kontaktinformationen

E-Mail-Adresse:	
Telefon-Nr.:	

### Bankverbindung

Kontoinhaber:	
Bankverbindung bei:	
IBAN:	

**4. Die Anerkennungsprämie wird für folgende zu pflegende bzw. zu betreuende Person beantragt:**

Name, Vorname:		
Anschrift:	PLZ	Wohnort
	Straße	Hausnummer
Geboren am:		
Die zu pflegende bzw. zu betreuende Person steht in folgendem Angehörigenverhältnis zum Antragstellenden:		
Die zu pflegende bzw. zu betreuende Person gehört zum Personenkreis der:	<input type="checkbox"/> Menschen mit Behinderung <input type="checkbox"/> Pflegebedürftigen (mind. Pflegegrad 1)	

**5. Die zu pflegende bzw. zu betreuende Person besucht folgende ambulante Einrichtung bzw. nimmt folgendes ambulantes Angebot in Mecklenburg-Vorpommern in Anspruch**

Name der Einrichtung / des Angebots:		
Anschrift:	PLZ	Wohnort
	Straße	Hausnummer
Träger der Einrichtung / des Angebots:		
Art der Einrichtung / des Angebots:	<input type="checkbox"/> Tagespflege	
	<input type="checkbox"/> Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)	
	<input type="checkbox"/> Tagesfördergruppe an einer WfbM	
	<input type="checkbox"/> Tagesstätte für Menschen mit Behinderungen	
	<input type="checkbox"/> andere tagesstrukturierende Einrichtung oder ein vergleichbares Angebot <u>Erläuterung des Angebots bzw. zur Einrichtung:</u>	

Der Besuch in der Einrichtung bzw. die Inanspruchnahme des Angebots erfolgt seit:

**Es ist in ein Nachweis über den Besuch der Einrichtung bzw. die Inanspruchnahme des ambulanten Angebotes beizufügen (z.B. Betreuungsvereinbarung).**

## 6. Auswirkungen der Corona-Pandemie bedingten Schließung der Einrichtung bzw. des Angebots

Im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie ist die unter 5. benannte Einrichtung bzw. das unter 5. benannte Angebot geschlossen worden?	<input type="checkbox"/> ja, seit <input type="checkbox"/> nein
Aufgrund der Schließung der Einrichtung bzw. des Angebots wird die zu pflegende bzw. zu betreuende Person in der eigenen Häuslichkeit betreut oder gepflegt?	<input type="checkbox"/> ja, an der unter 1. benannten Wohnanschrift <input type="checkbox"/> ja, an einer abweichenden Wohnanschrift <u>Anschrift:</u>  <u>Erläuterung zur abweichenden Anschrift:</u>  <input type="checkbox"/> nein
Die Pflege oder Betreuung in der eigenen Häuslichkeit ist notwendig?	<input type="checkbox"/> ja, aus folgenden Gründen  <input type="checkbox"/> nein
Durch die Übernahme der Betreuung oder Pflege ist ein Verdienst- bzw. Umsatzausfall entstanden?	<input type="checkbox"/> ja, ein Verdienstaussfall <b>(Bestätigung des Arbeitgebers über eine Verminderung der Arbeitszeit, die zu einem Verdienstaussfall führt und die mit der Übernahme der Pflege oder Betreuung einer angehörigen Person begründet wird, ist beizufügen)</b>  <input type="checkbox"/> ja, ein Umsatzausfall <b>(der Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung der Pflege oder Betreuung und der Beendigung oder Einschränkung der Berufsausübung ist nachfolgend darzulegen)</b>  <input type="checkbox"/> nein

Erläuterung von Selbständigen zum Umsatzausfall

**Stellen Sie den Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung der Pflege oder Betreuung und der Beendigung oder Einschränkung der Berufsausübung dar!**

**Beziffern und begründen Sie Ihren Umsatzausfall, den Sie durch die Übernahme der Pflege oder Betreuung hatten (ggf. Anlage beifügen)!**

## 7. Erklärungen des Antragstellenden

Es wird erklärt, dass

- die Wahrnehmung der Pflege oder Betreuung in meiner Häuslichkeit auf Grund der durch die Corona-Pandemie bedingten Schließung der Einrichtung bzw. des zuvor in Anspruch genommenen Angebotes notwendig geworden ist,
- dass für die unter Nr. 4 benannte zu pflegende bzw. zu betreuende Person kein weiterer Antrag auf Gewährung einer Anerkennungsprämie gestellt wurde,
- Änderungen mit Auswirkungen auf diese Förderung unverzüglich angezeigt werden,
- mir bekannt ist, dass eine Weiterleitung der Zuwendung nicht zulässig ist
- mir bekannt ist, dass der oder die Antragstellende verpflichtet ist, alle zur Beurteilung des Zuwendungsantrages erforderlichen Auskünfte zu erteilen und eine Verweigerung der Mitwirkung die Ablehnung des Antrages rechtfertigt. Versäumt die oder der Antragstellende es, Auskünfte innerhalb der von der Bewilligungsbehörde gesetzten Frist zu erteilen, steht dies einer Verweigerung der Mitwirkung gleich.

Mit Einreichen des Antrages berechtigt der Antragsteller die Bewilligungsbehörde alle Daten auf Datenträgern zu speichern und für Zwecke der Statistik und der Erfolgskontrolle über die Wirksamkeit des Förderprogramms auszuwerten.

- 8. Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden sowie in den Anlagen gemachten Angaben und Erklärungen.**
- 9. Ich beantrage die Gewährung einer Zuwendung für eine Anerkennungsprämie für Angehörige in Höhe von 500,00 Euro.**
- 10. Ich verzichte auf die Einlegung eines Rechtsbehelfs gegen die auf den Antragsangaben beruhende Bewilligung der beantragten Anerkennungsprämie.**
- 11. Ich beantrage die Auszahlung der Zuwendung auf das unter Nr. 3 benannte Konto.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Anlagen

- **Nachweis über den Besuch der Einrichtung bzw. die Inanspruchnahme des ambulanten Angebotes (z.B. Betreuungsvereinbarung)**
- **bei Beschäftigten: Bestätigung des Arbeitgebers**