|  |  |
| --- | --- |
| Landesamt für Gesundheit und Soziales- Abteilung Förderangelegenheiten - |  |

Landesamt für Gesundheit und Soziales

Abteilung 2

Dezernat Gesundheit und Soziales

Neustrelitzer Straße 120

17033 Neubrandenburg

## Erfassungsbogen für die Überprüfung der Anerkennungsvoraussetzungen von geeigneten Stellen i.S. § 305 Insolvenzordnung (InsO)

1. **Angaben zum Träger der Beratungsstelle**

|  |  |
| --- | --- |
| Bezeichnung des Trägers: |       |
| Rechtsform des Trägers: |       |
| Name des Vertretungsberechtigten[[1]](#footnote-1) des Trägers: |       |
| Funktion des Vertretungsberechtigten des Trägers (z.B. Geschäftsführer, Vorsitzender): |       |

* 1. **Sitz des Trägers**

|  |  |
| --- | --- |
| Straße: |       |
| PLZ / Ort: |       |
| Telefon (mit Vorwahl): |       |
| Telefax (mit Vorwahl): |       |
| E-Mail-Adresse: |       |

1. **Angaben zu der Beratungsstelle**
	1. **Sitz der Beratungsstelle**

|  |  |
| --- | --- |
| Straße:  |  |
| PLZ / Ort: |  |
| Ansprechpartner für die Beratungsstelle: |  |
| Telefon (mit Vorwahl): |  |
| Telefax (mit Vorwahl): |  |
| E-Mail-Adresse: |  |

* 1. **Personelle Angaben zu der Beratungsstelle**

**Beratungsfachkräfte**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name, Vorname** | **Beschäftigungsort****Beratungsstelle** | **beschäftigt in der Beratungsstelle mit** **h/Wo:** | **Außensprechstunden?** |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|  |  |  |  |

**Hinweis**:

Es sind alle Beratungsfachkräfte namentlich und mit der entsprechenden Beschäftigungszeit in der jeweiligen Beratungsstelle einzutragen. Nähere Angaben zu den Beratungsfachkräften werden im „detaillierte Angaben Beratungsfachkräfte“ (Anlage1) erfragt.

|  |  |
| --- | --- |
| Name der leitenden Person in der Schuldnerberatungsstelle, die die Zuverlässigkeit der Beratungsfachkräfte gewährleistet: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Wer stellt die Rechtsberatung sicher? (ggf. Vereinbarung beifügen) |  |

* 1. **Räumliche und sonstige Angaben zu der Beratungsstelle**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Verfügt die Beratungsstelle über Räume, die eine ordnungsgemäße Erfüllung der ihr nach dem Insolvenzordnungsausführungsgesetz obliegenden Aufgaben ermöglicht. (Bitte den Mietvertrag und den Grundriss bzw. den Lageplan in Kopie beifügen!) | [ ]  Ja  | [ ]  Nein |
| Wird von den vorgenannten Räumen mindestens ein Raum als Beratungsraum genutzt? | [ ]  Ja  | [ ]  Nein |
| Kann aufgrund der Räumlichkeit eine vertrauliche Beratung gewährleistet werden? | [ ]  Ja  | [ ]  Nein |
| Welche bürotechnische Ausstattung ist vorhanden?      |
| **Nähere Angaben zur Wahrung des Datenschutzes und der vertraulichen Beratung:** (Bitte die entsprechenden Antworten ankreuzen!) |
|  | ja | nein |
| Werden sämtliche Beratungsunterlagen, die in Papierform angefertigt wurden, in einem verschließbaren Aktenschrank in der Beratungsstelle aufbewahrt?Anmerkungen:      | [ ]  | [ ]  |
| Werden sämtliche Beratungsunterlagen, die auf elektronischen Datenträgern oder anderen Speichermedien gespeichert sind, gesichert und vor dem Zugriff Nichtberechtigter geschützt?Anmerkungen:      | [ ]  | [ ]  |
| Werden Beratungsunterlagen, die in Papierform angefertigt wurden, nach Beratungsabschluss und unter Berücksichtigung etwaiger gesetzlicher Fristen, ordnungsgemäß vernichtet?Anmerkungen:      | [ ]  | [ ]  |
| Besteht die Möglichkeit der anonymen oder pseudonymen Beratung?Anmerkungen:      | [ ]  | [ ]  |
| **Nähere Angaben zur Beratungsmöglichkeit für Menschen mit Behinderung**(Bitte kreuzen Sie die entsprechenden Antworten an beziehungsweise erklären Sie kurz)  |
|  | ja | nein |
| Ist der Zugang zur Beratungsstelle für Menschen mit Behinderung barrierefrei?(z.B.: Ist der Eingangsbereich stufenlos? Ist in den Räumen eine ausreichende Bewegungsfreiheit für Rollstühle vorhanden?)bei - Nein -, in Umsetzung bis:       | **[ ]**  | **[ ]**  |

* 1. **Organisatorische Angaben zu der Beratungsstelle**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ist die Beratungsarbeit auf Dauer angelegt? | [ ]  Ja  | [ ]  Nein |
| Ist die Beratungsstelle von Montag bis Freitag persönlich, telefonisch und elektronisch erreichbar? | [ ]  Ja  | [ ]  Nein |
| Geben Sie die Sprechzeiten der Beratungsstelle an. |       |
| An wie vielen Werktagen innerhalb einer Woche, werden außerhalb der üblichen Sprechzeiten Beratungsmöglichkeiten angeboten?(Beratungsmöglichkeiten für Werktätige) |       |
| Wie wird die Bevölkerung auf die Beratungsstelle und deren Öffnungszeiten aufmerksam gemacht? (Internetauftritt, Telefonbuch etc.) |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Liegt die Beratungsstelle an einem zentralen Ort? | [ ]  Ja  | [ ]  Nein |
| Ist die Beratungsstelle an das öffentliche Nahverkehrsnetz angebunden? | [ ]  Ja  | [ ]  Nein |

1. **Erklärungen**

Hiermit wird versichert, dass die Schuldnerberatungsstelle zur Erfüllung der Aufgaben gemäß § **3** **Insolvenzordnungsausführungsgesetz (InsOAG M-V)** auf Dauer angelegt ist.

Ich verpflichte mich, zu gewährleisten, dass

1. die Einrichtung oder die Mitarbeiter der Schuldner-/ Verbraucherinsolvenzberatungsstelle keinerlei Kredit-, Finanzvermittlung oder ähnliche Dienste haupt- oder nebenberuflich betreiben,
2. die Vorschriften des Landesdatenschutzgesetzes von Mecklenburg-Vorpommern vom 18. April 2002, zuletzt geändert durch Gesetz vom 29. Oktober 2004 (GVOBl. M-V S. 505) für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die Beratungsstelle eingehalten werden,
3. die jährlich fachspezifische Fortbildung der Beratungsfachkräfte erfolgt und der Nachweis über die durchgeführten Fortbildungen des Vorjahres bis zum 31.01. des jeweiligen Jahres dem Ministerium für Soziales und Gesundheit und dem Landesamt für Gesundheit und Soziales vorgelegt wird.

Des Weiteren verpflichte ich mich, der Anerkennungsbehörde

1. Änderungen der obigen Angaben unverzüglich mitzuteilen,
2. bei geplanten personellen Veränderungen die Änderung der Anerkennung rechtzeitig zu beantragen;
3. im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen regelmäßig statistische Daten im Zusammenhang mit der Schuldner-/Verbraucherinsolvenzberatung zur Verfügung zu stellen.

Ich erkläre, dass die Angaben in diesem Antrag und den dazugehörigen Anlagen der Wahrheit entsprechen.

Mir ist bekannt, dass die Anerkennung widerruflich ist und unter Auflagen erteilt werden kann und die Anerkennung keinen Anspruch auf Förderung begründet.

|  |  |
| --- | --- |
|      ,       | ................................................................ |
| Ort, Datum | rechtsverbindliche Unterschrift des Trägers der Beratungsstelle |

Anlagen:

[ ]  detaillierte Angaben Beratungsfachkräfte

[ ]  Erklärung der leitenden Person der Beratungsstelle

[ ]  Mietvertrag/ Grundriss/ Lageplan

[ ]  Nachweis Veröffentlichung

[ ]

**Erklärung der leitenden Person der Beratungsstelle über die Zuverlässigkeit nach § 3 Abs. 1 Satz 1 InsOAG M-V)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name: | Vorname: | Geborene: |
| geboren am: | in: |  |
| wohnhaft in: | PLZ: | Straße: |

Ich erkläre mich mit einer Anforderung meiner Daten aus dem Bundeszentralregister, sowie aus dem vom Insolvenzgericht und vom Vollstreckungsgericht geführten Verzeichnissen (§ 26 Abs. 2 der Insolvenzordnung, § 915 der Zivilprozessordnung) einverstanden.

Ich versichere, dass ich mich nicht im Vermögensverfall befinde, kein Insolvenzverfahren über mein Vermögen läuft und gegen mich keine Verfahren wegen eines Verbrechens oder wegen Diebstahls, Unterschlagung, Erpressung, Betrugs, Untreue, Urkundenfälschung, Hehlerei, Wuchers, Vorteilsannahme, Bestechlichkeit, Vorteilsgewährung, Bestechung oder einer Insolvenz- oder Konkursstraftat anhängig ist und in den letzten 5 Jahren keine Verurteilung wegen einer dieser Taten erfolgt ist.

Ich verpflichte mich, dem Ministerium für Soziales und Gesundheit unverzüglich anzuzeigen, wenn entsprechende Vorwürfe gegen mich erhoben werden.

Ich verpflichte mich, die Zuverlässigkeit meiner MitarbeiterInnen zu gewährleisten.

Ich habe die Voraussetzungen nach § 3 Abs. 2 Insolvenzordnungsausführungsgesetz überprüft, und werde bei evtl. Vorkommnissen geeignete Maßnahmen treffen und den Träger sowie das Ministerium für Soziales und Gesundheit unverzüglich informieren.

...................................................... ................................................

Ort, Datum Unterschrift der Leiterin/des Leiters der Beratungsstelle

1. Mit den nachfolgenden personenbezogenen Bezeichnungen werden alle Geschlechter gleichermaßen angesprochen. [↑](#footnote-ref-1)