**Antrag auf**

**„temporäre Unterstützung für Wissenschaftlerinnen in Schwangerschaft, Mutterschutz[[1]](#footnote-1) oder Stillzeit zur Fortführung experimenteller Arbeiten“**

|  |
| --- |
| **Antragstellerin:** |
| Vor- und Zuname:       |
| E-Mail-Adresse:      Telefonnummer:       |
| Klinik/Abteilung:        |
| Die eigene Stelle ist finanziert durch:       (UMG- oder Drittmittel) |
|  Schwangerschaft oder Mutterschutz  Stillzeit (Alter des Kindes/der Kinder:      ) |

|  |
| --- |
| **Förderung** (max. 2.500 Euro)**:** |
|  studentische Hilfskraft (ohne Abschluss/13,25 Euro mit AG-Anteil)       Stunden pro Monat studentische Hilfskraft (mit Bachelorabschluss/15,41 Euro mit AG-Anteil)       Stunden pro Monat wissenschaftliche Hilfskraft (mit Masterabschluss/20,43 Euro mit AG-Anteil)       Stunden pro Monat |
| Laufzeit: von       bis       insgesamt beantragte Summe:       Euro |
| Es besteht die Möglichkeit einer anteiligen Finanzierung der Hilfskraft ja, in Höhe von insgesamt:       EuroDie anteilige Finanzierung wird übernommen von:       (z. B. Klinik, Abteilung, Arbeitsgruppe, Forschergruppe, Sonderforschungsbereich) nein, es besteht keine anteilige oder andere Finanzierungsmöglichkeit |

|  |
| --- |
| **Begründung (siehe auch Informationsblatt):** |
| Welche Tätigkeiten können/dürfen Sie während Schwangerschaft, Mutterschutz oder Stillzeit nicht selbst ausführen? |
| Welche Arbeiten werden von der Hilfskraft voraussichtlich übernommen? |
| Inwieweit hilft Ihnen diese Maßnahme auf Ihrem Karriereweg? |

Die Förderung ist eine gleichstellungsfördernde Maßnahme im Rahmen des Professorinnenprogramms II.

**Das MWK trägt von diesen Kosten 62,5 % (Kostenstelle: 13 54 760)**

**Die UMG trägt von diesen Kosten 37,5 % (Kostenstelle: 15 9999 4)**

     , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, (digitale) Unterschrift der Antragstellerin

     , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, (digitale) Unterschrift der Gleichstellungsbeauftragten

Bitte drucken Sie dieses Dokument nach dem Ausfüllen aus und senden es unterschrieben an:

**Gleichstellungsbüro der Universitätsmedizin Göttingen**

**Robert-Koch-Str. 40**

**37075 Göttingen**

1. aufgrund der Verordnungen zum Mutter- und Arbeitsschutz [↑](#footnote-ref-1)