**Antrag auf Anerkennung eines Bundesstützpunktes Para Sport**

*Die vollständigen Antragsunterlagen sind bis zum 30.06. des Jahres mit Paralympischen Spielen in der Geschäftsstelle des DBS (auf elektronischem Wege: niedenzu@dbs-npc.de) in zweifacher Form einzureichen (Ausschlussfrist): Unterzeichnetes PDF-Dokument und editierbare Word-Datei ohne Unterschrift.*

1. **Allgemeines**

**1.1 Antragsteller**

**1.2 Ansprechpartner**

1.2.1 Name, Vorname:

1.2.2 Telefonnummer:

1.2.3 E-Mail:

**1.2 Sportart**

**1.3 Standort des Stützpunktes**

*Erläuterung: Bundesstützpunkte Para Sport werden standortscharf anerkannt. Standort des Bundesstützpunkts Para Sport ist der Name der Kommune, in der sich der beantragte Bundesstützpunkt Para Sport befindet.*

**1.4 Der beantragte Bundesstützpunkt Para Sport war im vorangegangenen Zyklus bereits anerkannt**

JA [ ]  NEIN [ ]

1. **Kriterienkatalog**

**2.1 Trainingsbetrieb**

Durchschnittliche Stundenzahl der am Standort täglich stattfindenden leistungssportorientierten Trainingseinheiten mit Bundes- und Landeskadern.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wochentag** | 1. **Einheit**
 | 1. **Einheit**
 | **Anmerkung** |
| **Montag** |       Std. |       Std. |       |
| **Dienstag** |       Std. |       Std. |       |
| **Mittwoch** |       Std. |       Std. |       |
| **Donnerstag** |       Std. |       Std. |       |
| **Freitag** |       Std. |       Std. |       |
| **Samstag** |       Std. |       Std. |       |
| **Sonntag** |       Std. |       Std. |       |

**2.2 Dem Standort zugeordnete Bundes- und Landeskader**

2.2.1 Paralympische Bundeskaderathlet\*innen (PAK/PK/NK1) die regelmäßig mehrmals wöchentlich am Standort trainieren:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr.** | **Name, Vorname** | **Kaderstatus****(PAK / PK / NK 1)** | **Durchschnittliche Anzahl an Trainingseinheiten pro Woche am Standort** | **Durchschnittliche Trainingsstd. pro Woche am Standort** |
| **1.** |       |       |       |       Std. |
| **2.** |       |       |       |       Std. |
| **3.** |       |       |       |       Std. |
| **4.** |       |       |       |       Std. |
| **5.** |       |       |       |       Std. |
| **6.** |       |       |       |       Std. |
| **7.** |       |       |       |       Std. |
| **8.** |       |       |       |       Std. |
| **9.** |       |       |       |       Std. |
| **10.** |       |       |       |       Std. |
| **11.** |       |       |       |       Std. |
| **12.** |       |       |       |       Std. |
| **13.** |       |       |       |       Std. |
| **14.** |       |       |       |       Std. |
| **15.** |       |       |       |       Std. |
| **16.** |       |       |       |       Std. |

2.2.2 Sofern im Anerkennungsverfahren paralympische Bundeskaderathlet\*innen Berücksichtigung finden sollen, die regelmäßig, aber nicht mehrmals wöchentlich am Standort trainieren, aber die Athletenbetreuung durch den Stützpunkt erfolgt, ist die Betreuungsleistung zu erläutern:

2.2.3 Paralympische Landeskaderathlet\*innen die regelmäßig mehrmals wöchentlich am Standort trainieren:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr.** | **Name, Vorname** | **Jahrgang** | **Durchschnittliche Anzahl an Trainingseinheiten pro Woche am Standort** | **Durchschnittliche Trainingsstd. pro Woche am Standort** |
| **1.** |       |       |       |       Std. |
| **2.** |       |       |       |       Std. |
| **3.** |       |       |       |       Std. |
| **4.** |       |       |       |       Std. |
| **5.** |       |       |       |       Std. |
| **6.** |       |       |       |       Std. |
| **7.** |       |       |       |       Std. |
| **8.** |       |       |       |       Std. |
| **9.** |       |       |       |       Std. |
| **10.** |       |       |       |       Std. |
| **11.** |       |       |       |       Std. |
| **12.** |       |       |       |       Std. |
| **13.** |       |       |       |       Std. |
| **14.** |       |       |       |       Std. |
| **15.** |       |       |       |       Std. |
| **16.** |       |       |       |       Std. |
| **17.** |       |       |       |       Std. |
| **18.** |       |       |       |       Std. |
| **19.** |       |       |       |       Std. |
| **20.** |       |       |       |       Std. |

**2.3 Strukturelle Grundlagen**

2.3.1 Der ansässige Landesverband verfügt über folgende Trainerstellen in der Sportart.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name, Vorname** | **Funktion** | **Qualifikation** | **Arbeitsstd. pro Woche** |
|  |  |  | **Std.** |
|  |  |  | **Std.** |
|  |  |  | **Std.** |
|  |  |  | **Std.** |
|  |  |  | **Std.** |

2.3.2 Der ansässige Landesverband verfügt über ein aktuelles Landesleistungssportkonzept bezogen auf den Anerkennungszeitraum.

 JA [ ]  *(bitte den Antragsunterlagen beifügen)* NEIN [ ]

2.3.3 Es liegt eine unterzeichnete regionale Zielvereinbarung aus dem Jahr 2020/2021 vor.

JA [ ]  NEIN [ ]

2.3.4. Beschreibung der am Standort durchgeführten Talentsichtungsmaßnahmen:

**2.4 Stellungnahmen**

2.4.1 Es liegt eine positive Stellungnahme des Bundestrainers vor.

JA [ ]  *(bitte den Antragsunterlagen beifügen)* NEIN [ ]

2.4.2 Es liegt eine positive Stellungnahme des Landessportbundes vor.

JA [ ]  *(bitte den Antragsunterlagen beifügen)* NEIN [ ]

2.4.3 Es liegt eine positive Stellungnahme des Landesministeriums vor.

JA [ ]  *(bitte den Antragsunterlagen beifügen)* NEIN [ ]

**2.5 Infrastruktur**

2.5.1 Beschreibung der barrierefreien, leistungssportlichen und sportartspezifischen Sportstätten am Standort:

2.5.2 Eine Anerkennung als Landesleistungszentrum durch den Landessportbund oder das Landesministerium seit mindestens 2 Jahren liegt vor.

JA [ ]  NEIN [ ]

Wenn JA, erstmalige Anerkennung wurde ausgesprochen am      .     .

2.5.3 Es besteht eine Anbindung an einen OSP zur Sicherstellung von Grund- und Spezialbetreuung der Athleten.

JA [ ]  NEIN [ ]

Wenn JA, Olympiastützpunkt

2.5.4 Beschreibung des örtlichen leistungsstarken Behindertensportvereines oder Verein mit Behindertensportabteilung:

* + 1. Beschreibung der Möglichkeiten zur Dualen Karriere am Standort:

2.5.6 Es besteht eine Anbindung an die Eliteschule des Sports.

JA [ ]  NEIN [ ]

Wenn JA, Name der Schule:

2.5.7 Es besteht eine Anbindung an ein Haus der Athleten.

JA [ ]  NEIN [ ]

2.5.8 Es besteht die Anbindung an ein Internat/Teilzeitinternat.

JA [ ]  NEIN [ ]

1. **Angaben zum Standort**

**3.1 Angaben zur Infrastruktur**

3.1.1 Das Bundesstützpunkttraining findet auf/in folgenden Sportanlagen/Funktionsräumen statt:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lfd. Nr.** | **Name der Sportstätte** | **Adresse** | **Ausstattung** | **Träger / Eigentümer** | **Neu im Vergleich zur bisherigen Anerkennung [JA / NEIN]**  |
| **1.** |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |

3.1.3 Die für das Bundesstützpunkttraining benötigten Nutzungszeiten stehen im erforderlichen Umfang und zu den gewünschten Zeiten zur Verfügung:

JA [ ]  NEIN [ ]

Wenn NEIN, bitte erläutern:

3.1.4 Am Bundesstützpunkt Para Sport liegen die notwendigen Voraussetzungen für die Durchführung zentraler Lehrgangsmaßnahmen vor:

JA [ ]  NEIN [ ]

Wenn NEIN, bitte erläutern:

3.1.5 Weitere Bundesstützpunkte Para Sport am Standort:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Standort** | **Sportart** | **Anerkannt** | **Beantragt** |
|       |       | [ ]  | [ ]  |
|       |       | [ ]  | [ ]  |
|       |       | [ ]  | [ ]  |
|       |       | [ ]  | [ ]  |

**3.2 Angaben zum Leistungssportpersonal**

3.2.1 Am Standort des Bundesstützpunkt Para Sport besteht eine Stützpunktleitung.

JA [ ]  NEIN [ ]

Wenn ja:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name, Vorname** | **Funktion** | **Qualifikation** | **Anstellungs-träger** | **Arbeitsstd. pro Woche** | **Finan-zierung** |
|       |       |       |       |       Std. |       |

3.2.2 Seitens des Antragsstellers wird die Einrichtung einer hauptamtlichen Bundesstützpunktleiterfunktion angestrebt.

JA [ ]  NEIN [ ]

Wenn JA, Arbeitsstunden pro Woche:

3.2.3 Die Voraussetzung nach dem Stützpunktkonzept Paralympischer Sport liegen hierfür vor:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kriterium** | **JA** | **NEIN** |
| Mindestens acht paralympische Bundeskaderathlet\*innen am Standort | [ ]  | [ ]  |
| Zusätzlich eine zu den paralympischen Bundeskaderathlet\*innen am Standort vergleichbare Anzahl an paralympischen Landeskaderathlet\*innen | [ ]  | [ ]  |
| Eine Finanzierung der Funktion zu gleichen Teilen von Bund und dem jeweiligen Land | [ ]  | [ ]  |
| Eine Anstellung beim zuständigen Bundessportfachverband, der auch Zuwendungsempfänger der Finanzierung nach Ziffer 3. ist | [ ]  | [ ]  |

3.2.4 Dem Standort sind folgende Bundestrainer zugeordnet oder begleiten das Training regelmäßig am Standort:

|  |  |
| --- | --- |
| **Name, Vorname** | **Funktion** |
|       |       |
|       |       |
|       |       |

3.2.5 Dem Standort sind folgende Bundesstützpunkttrainer zugeordnet, um das regelmäßige mehrmals wöchentliche Training der paralympischen Bundeskader nach Ziffer 2.2.1 und 2.2.2 abzusichern:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name, Vorname** | **Qualifikation** | **Funktion** | **Stellen-umfang** | **Anstellungs-träger** | **Finanzierung** |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |

3.2.6 Durch den jeweiligen Bundesstützpunkttrainer werden folgende Bundeskader betreut:

|  |  |
| --- | --- |
| **Name, Vorname**  | **Durch den Bundesstützpunkttrainer betreute Athleten\*innen** |
|       |       |
|       |       |
|       |       |

3.2.7 Am Standort befinden sich folgende Landestrainer, um das regelmäßige mehrmals wöchentliche Training der paralympischen Landeskader nach Ziffer 2.2.3 abzusichern:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name, Vorname** | **Qualifikation** | **Funktion** | **Stellen-umfang** | **Anstellungs-träger** | **Finanzierung** |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |

3.2.8 Durch den jeweiligen Landestrainer werden folgende Landeskader trainiert:

|  |  |
| --- | --- |
| **Name, Vorname**  | **Durch den Landestrainer betreute Athleten\*innen** |
|       |       |
|       |       |
|       |       |

1. **Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben**

Wir bestätigen hiermit die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

Uns ist bekannt, dass Baumaßnahmen grundsätzlich nicht in dem paralympischen Zyklus gefördert werden, für den eine erstmalige Anerkennung der Einrichtung als Bundesstützpunkt Para Sport erfolgt.

Ort / Datum

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

Unterschrift Vertretungsberechtigte\*r

der/des Antragsteller\*in