

# **A n t r a g**

## **auf Gewährung einer Zuwendung nach der Richtlinie**

### **zur Förderung der Niederlassung von Ärztinnen und**

### **Ärzten im Nationalparklandkreis Birkenfeld**

### **(Förderrichtlinie haus- und fachärztliche Versorgung)**

Eingang:

Ich beantrage bei dem **Nationalparklandkreis Birkenfeld** die Gewährung einer Förderung im Rahmen der Richtlinie zur Förderung der Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten im Nationalparklandkreis Birkenfeld (Förderrichtlinie haus- und fachärztliche Versorgung des Nationalparklandkreises Birkenfeld). \*

Ich beantrage bei der **Stadt Idar-Oberstein** die Gewährung einer Förderung im Rahmen der Richtlinie zur Förderung der Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten in der Stadt Idar-Oberstein (Förderrichtlinie haus- und fachärztliche Versorgung der Stadt Idar-Oberstein). \*

Ich beantrage bei der **Nationalparkverbandsgemeinde Herrstein-Rhaunen** die Gewährung einer Förderung im Rahmen der Richtlinie zur Förderung der Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten in der Nationalparkverbandsgemeinde Herrstein-Rhaunen (Förderrichtlinie haus- und fachärztliche Versorgung der Nationalparkverbandsgemeinde Herrstein-Rhaunen). \*

Ich beantrage bei der **VG Baumholder** die Gewährung einer Förderung im Rahmen der Richtlinie zur Förderung der Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten in der Verbandsgemeinde Baumholder (Förderrichtlinie haus- und fachärztliche Versorgung der Verbandsgemeinde Baumholder). \*

\*Ich bin damit einverstanden, dass mein Antrag sowie die Anlagen und Nachweise an die entsprechenden Kommunen, auf deren Förderung ich einen Antrag stelle, weitergeleitet werden.

#### **1. Allgemeine Angaben**

1.1 Antragsteller/in		
Anrede / Akademischer Grad		
Vorname / Name		
Geburtsdatum / Geburtsort		
Straße / Hausnr. (Wohnanschrift)		
PLZ / Wohnort		
Telefon / Mobil		
Fax		
E-Mail		
Lebenslange Arztnummer (LANR)		
Rechtsform		

1.2 Bankverbindung	
Kontoinhaber	
Name der Bank	
IBAN	

1.3 Übersicht über Ihre letzten Tätigkeiten <i>(Bitte dokumentieren Sie hier auch Ihre letzte klinische Tätigkeit, falls Sie noch nicht niedergelassen waren.)</i>			
Tätigkeitszeitraum		Ort der Tätigkeit	Art der Tätigkeit
von (TT.MM.JJJJ)	bis (TT.MM.JJJJ)	Straße, PLZ, Ort	Niedergelassene/r / Angestellte/r Ärztin/Arzt

<b>2. Angaben zum Fördergegenstand</b>
--

2.1 Beschreibung der Ausgangssituation und der geplanten Projektinhalte	
2.2 Maßnahme	<input type="checkbox"/> Niederlassung <input type="checkbox"/> Praxisgründung  <input type="checkbox"/> Praxiseinstieg in die Praxis:  <input type="checkbox"/> Praxisübernahme Bisherige/r Praxisinhaber/in:  <input type="checkbox"/> Anstellung einer Ärztin / eines Arztes Name und Fachrichtung: _____  <input type="checkbox"/> Vollzeit (40 St./Wo.) <input type="checkbox"/> Teilzeit:      St./Wo.  Beginn des Anstellungsverhältnisses:
2.3 Arztgruppe (Haus- oder Facharzt und Fachrichtung)	
2.4 Umfang der Tätigkeit	<input type="checkbox"/> voller Versorgungsauftrag (1,0 Sitz) <input type="checkbox"/> hälftiger Versorgungsauftrag (0,5 Sitz) <input type="checkbox"/> partieller Versorgungsauftrag im Umfang von _____%
2.5 Tätigkeitsort Straße / Hausnr. PLZ / Ort	
2.6 Geplante Aufnahme der medizinischen Tätigkeit am beantragten Tätigkeitsort (Datum)	

2.7 Art der Praxis	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis  <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis/Berufsausübungsgemeinschaft <input type="checkbox"/> örtlich <input type="checkbox"/> überörtlich mit folgenden Kollegen/innen (Fachrichtung):  <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft mit folgenden Kollegen/innen (Fachrichtung):  <input type="checkbox"/> Sonstige:
--------------------	--

**3. Wahl der Auszahlungsmodalität (bei Antrag auf Förderung eines Angestelltenverhältnisses nicht auszufüllen)**

*Mehrfachnennungen sind möglich. (Beispiel: Der von Ihnen gewünschte Niederlassungsort befindet sich in der VG Herrstein-Rhaunen. Somit kommt eine Förderung durch den Nationalparklandkreis Birkenfeld und durch die VG Herrstein-Rhaunen in Frage).*

<input type="checkbox"/> Ich beantrage, dass die Förderung durch den <b>Nationalparklandkreis Birkenfeld</b> für meine Praxisgründung / meinen Einstieg in eine Praxis / meine Praxisübernahme <input type="checkbox"/> als einmalige Zuwendung in einem Gesamtbetrag zu Beginn der Förderlaufzeit ausgezahlt wird.* <input type="checkbox"/> in jährlichen Raten von je einem Zehntel der Gesamtförderung ausgezahlt wird.	<input type="checkbox"/> Ich beantrage, dass die Förderung durch die <b>Stadt Idar-Oberstein</b> für meine Praxisgründung / meinen Einstieg in eine Praxis / meine Praxisübernahme <input type="checkbox"/> als einmalige Zuwendung in einem Gesamtbetrag zu Beginn der Förderlaufzeit ausgezahlt wird.* <input type="checkbox"/> in jährlichen Raten von je einem Zehntel der Gesamtförderung ausgezahlt wird.
	<input type="checkbox"/> Ich beantrage, dass die Förderung durch die <b>Nationalparkverbandsgemeinde Herrstein-Rhaunen</b> für meine Praxisgründung / meinen Einstieg in eine Praxis / meine Praxisübernahme <input type="checkbox"/> als einmalige Zuwendung in einem Gesamtbetrag zu Beginn der Förderlaufzeit ausgezahlt wird.* <input type="checkbox"/> in jährlichen Raten von je einem Zehntel der Gesamtförderung ausgezahlt wird.
	<input type="checkbox"/> Ich beantrage, dass die Förderung durch die <b>VG Baumholder</b> für meine Praxisgründung / meinen Einstieg in eine Praxis / meine Praxisübernahme <input type="checkbox"/> als einmalige Zuwendung in einem Gesamtbetrag zu Beginn der Förderlaufzeit ausgezahlt wird.*

\* Die Fördersumme muss in diesem Fall durch den/die Antragsteller/in abgesichert werden, z.B. durch selbstschuldnerische Bankbürgschaft.

#### 4. Bankverbindung

Kontoinhaber/in	
IBAN	
BIC	
Bank	

#### 5. Datenschutz

##### 5.1

Der/die Antragsteller/in ist damit einverstanden, dass die Daten zum Zwecke der Bearbeitung im Rahmen der Förderrichtlinie haus- und fachärztliche Versorgung durch die **Kreisverwaltung des Nationalparklandkreises Birkenfeld** und der **Wirtschaftsförderungs- und Projektentwicklungsgesellschaft Kreis Birkenfeld mbH** erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.\*

Der/die Antragsteller/in ist damit einverstanden, dass die Daten zum Zwecke der Bearbeitung im Rahmen der Förderrichtlinie haus- und fachärztliche Versorgung durch die **Verwaltung der Stadt Idar-Oberstein** erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.\*

Der/die Antragsteller/in ist damit einverstanden, dass die Daten zum Zwecke der Bearbeitung im Rahmen der Förderrichtlinie haus- und fachärztliche Versorgung durch die **Verwaltung der VG Herrstein-Rhaunen** erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.\*

Der/die Antragsteller/in ist damit einverstanden, dass die Daten zum Zwecke der Bearbeitung im Rahmen der Förderrichtlinie haus- und fachärztliche Versorgung durch die **Verwaltung der VG Baumholder** erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.\*

##### 5.2

Ich bin damit einverstanden, dass mein Antrag sowie die Anlagen und Nachweise an die Stadt/Ortsgemeinde und die Verbandsgemeinde, in der die Tätigkeit ausgeübt wird bzw. ausgeübt werden soll, zum Zwecke der Stellungnahme weitergeleitet und die Daten dort verarbeitet werden.\*

*\*Hinweis: Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der in diesem Antrag enthaltenen personenbezogenen Daten sind gemäß Art. 6 Abs. 1e DS-GVO nur zulässig, wenn die betroffene Person eingewilligt hat. Die Einwilligung ist freiwillig.*

*Hinweise zum Datenschutz finden Sie in den Datenschutzerklärungen der Kommunen und der Wirtschaftsförderungs- und Projektentwicklungsgesellschaft Kreis Birkenfeld mbH auf deren jeweiliger Homepage.*

## 6. Persönliche Erklärungen / Verpflichtungen

### 6.1 Persönliche Erklärung

Ich erkläre,

- dass ich alle Angaben in diesem Antrag, von denen die Bewilligung, Gewährung, Weitergewährung oder das Belassen der Zuwendung abhängig ist, gewissenhaft und vollständig gemacht habe,
- dass mir von Dritten, zu denen ich personenbezogenen Angaben gemacht habe, das Einverständnis zu Datenweitergabe und -verarbeitung vorliegt (z.B. im Falle von angestellten Ärzten).
- dass ich damit einverstanden bin, dass die Kreisverwaltung des Nationalparklandkreises Birkenfeld und – falls ich einen Förderantrag bei der VG Herrstein-Rhaunen, Stadt Idar-Oberstein oder VG Baumholder stelle – die entsprechende Verwaltung Auskünfte über die Einhaltung der Bindungsdauer und die Fördervoraussetzungen bei der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz einholt,
- dass ich davon Kenntnis genommen habe, dass eine Abweichung von allen Angaben in diesem Antrag, von denen die Bewilligung, Gewährung, Weitergewährung oder das Belassen der Zuwendung abhängig ist, zu Rückforderungen führen kann,
- dass ich davon Kenntnis genommen habe, dass eine Abweichung von den in der Förderrichtlinie geforderten Fördervoraussetzungen, von denen die Bewilligung, Gewährung, Weitergewährung oder das Belassen der Zuwendung abhängig ist, zu Rückforderungen führen kann,
- dass mir bewusst ist, dass die Bewilligungsbehörde - vor der Gewähr der Förderung - der Stadt/Ortsgemeinde und der Verbandsgemeinde, in der die Tätigkeit ausgeübt wird, Gelegenheit zur Stellungnahme zum Antrag auf Gewährung der Förderung geben wird.

### 6.2 Verpflichtungen

Ich verpflichte mich,

- innerhalb von 6 Monaten nach der zulassungsrechtlichen Entscheidung eine vertragsärztliche Tätigkeit als Hausärztin/Hausarzt bzw. Fachärztin/Facharzt im Fördergebiet aufzunehmen bzw. - im Falle der Anstellung einer Ärztin/Arztes - aufnehmen zu lassen.
- für die Dauer des in den Förderrichtlinien festgelegten Zeitraumes (Bindungsdauer von 10 Jahren laut Förderrichtlinien des Nationalparklandkreises Birkenfeld, der Stadt Idar-Oberstein und der Nationalparkverbandsgemeinde Herrstein-Rhaunen; Bindungsdauer von 5 Jahren laut Förderrichtlinie der Verbandsgemeinde Baumholder) unter dem angegebenen Sitz vertragsärztlich tätig zu sein bzw. im Falle der Anstellung einer Ärztin/eines Arztes an der haus-/fachärztlichen Versorgung durch eine angestellte Ärztin bzw. einen angestellten Arzt teilzunehmen.
- eine Beendigung der Tätigkeit bzw. des Anstellungsverhältnisses unverzüglich der Bewilligungsbehörde anzuzeigen.
- jede Änderung der Angaben der Bewilligungsbehörde unverzüglich anzuzeigen.

## 7. Anlagen

Folgende Anlagen sind diesem Antrag beigelegt:

Kopie des Personalausweises oder vergleichbaren Ausweispapieren

Beglaubigte Kopie der zulassungsrechtlichen Entscheidung über die vertragsärztliche Tätigkeit

liegt bei

wird nachgereicht

(Zulassungsausschuss tagt voraussichtlich am \_\_\_\_\_)

Bescheid über die Anstellung einer Ärztin/eines Arztes (einzureichen bei Anträgen auf Förderung von Anstellungsverhältnissen)

De-minimis-Erklärung

## 8. Schlusserklärungen

### 8.1 Erklärung zu Förderbedingungen

*Mehrfachnennungen sind möglich. (Beispiel: Der von Ihnen gewünschte Niederlassungsort befindet sich in der VG Herrstein-Rhaunen. Somit kommt eine Förderung durch den Nationalparklandkreis Birkenfeld und durch die VG Herrstein-Rhaunen in Frage).*

Die Förderbedingungen (vgl. Richtlinie zur Förderung der Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten des **Nationalparklandkreises Birkenfeld**) werden von dem/der Antragsteller/in anerkannt.

Die Förderbedingungen (vgl. Richtlinie zur Förderung der Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten der **Stadt Idar-Oberstein**) werden von dem/der Antragsteller/in anerkannt.

Die Förderbedingungen (vgl. Richtlinie zur Förderung der Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten der **Nationalparkverbandsgemeinde Herrstein-Rhaunen**) werden von dem/der Antragsteller/in anerkannt.

Die Förderbedingungen (vgl. Richtlinie zur Förderung der Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten der **Verbandsgemeinde Baumholder**) werden von dem/der Antragsteller/in anerkannt.

### 8.2

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben im vorliegenden Antrag und in den Anlagen wird hiermit versichert.

Ort, Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin