



# Antrag

auf Gewährung einer Zuwendung nach der Richtlinie zur Förderung der Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten im Westerwaldkreis  
(Förderrichtlinie haus- und fachärztliche Versorgung)

Kreisverwaltung des  
Westerwaldkreises  
- Gesundheitsamt -  
Peter-Altmeier-Platz 1  
56410 Montabaur

Eingang:

Ich beantrage die Gewährung einer Förderung im Rahmen der Richtlinie zur Förderung der Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten im Westerwaldkreis (Förderrichtlinie haus- und fachärztliche Versorgung).

## 1. Allgemeine Angaben

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

## 1.2 Übersicht über Ihre letzten Tätigkeiten (*Bitte dokumentieren Sie hier auch Ihre letzte klinische Tätigkeit, falls Sie noch nicht niedergelassen waren.*)

Tätigkeitszeitraum		Ort der Tätigkeit	Art der Tätigkeit
von (TT.MM.JJJJ)	bis (TT.MM.JJJJ)	Straße, PLZ, Ort	Niedergelassene/r / Angestellte/r Ärztin/Arzt

## 2. Angaben zum Fördergegenstand

2.1 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"/> Filialbildung Stundenumfang:  <input type="checkbox"/> Anstellung einer/s Ärztin/Arztes Name und Fachrichtung:  <input type="checkbox"/> Vollzeit (40 St./Wo.) <input type="checkbox"/> Teilzeit:      St./Wo. Beginn des Anstellungsverhältnisses:
2.2 Arztgruppe (Haus- oder Facharzt und Fachrichtung)	
2.3 Umfang der Tätigkeit	<input type="checkbox"/> voller Versorgungsauftrag (1,0 Sitz)  <input type="checkbox"/> hälftiger Versorgungsauftrag (0,5 Sitz)
2.4 Tätigkeitsort Straße / Hausnr. PLZ / Ort	
2.5 Geplante Aufnahme der medizinischen Tätigkeit am beantragten Tätigkeitsort (Datum)	
2.6 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. Bankverbindung

<b>Kontoinhaber/in</b>	
<b>IBAN</b>	
<b>BIC</b>	
<b>Bank</b>	

### 4. Datenschutz

- Der/die Antragsteller/in ist damit einverstanden, dass vorstehende Daten durch die Kreisverwaltung des Westerwaldkreises erhoben, gespeichert und 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. Für den Fall, dass hierzu die Einwilligung verweigert wird, kann der Antrag auf Zuschussgewährung u. U. nicht bearbeitet und der beantragte Zuschuss damit ggf. nicht bewilligt werden.*

### 5. Persönliche Erklärungen / Verpflichtungen

#### 5.1 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 ich damit einverstanden bin, dass die Kreisverwaltung des Westerwaldkreises ggf. am Ende des Förderzeitraumes Auskünfte über die Einhaltung der Bindungsdauer bei der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz einholt,
- dass ich zum Vorsteuerabzug
  - nicht berechtigt bin,
  - berechtigt bin und dies bei der Berechnung der Gesamtausgaben berücksichtigt habe (Preise ohne Umsatzsteuer),
- dass im laufenden und in den letzten beiden Steuerjahren die Gesamtsumme der mir gewährten „De-minimis“-Beihilfen nicht 200.000 Euro übersteigt (Verordnung – EU - Nr. 1407/2013 der Kommission vom 18.12.2013 über die Anwendung der Artikel 107 und 108 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union auf „De-minimis“- Beihilfen, Amtsblatt der EU L 352 vom 24.12.2013),
- dass ich davon Kenntnis genommen habe, dass bei 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 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.

## 5.2 Verpflichtungen

### Ich verpflichte mich,

- innerhalb von 12 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 der o. g. Richtlinie festgelegten Zeitraumes von 10 Jahren (Bindungsdauer) 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.
- bei Errichtung einer Zweigpraxis dort mindestens 10 Stunden wöchentlich an mehreren Tagen Sprechstunden anzubieten.
- eine Beendigung der Tätigkeit bzw. des Anstellungsverhältnisses unverzüglich der Bewilligungsbehörde anzuzeigen.
- jede Änderung der Angaben unverzüglich anzuzeigen.

## 6. Anlagen

Folgende Anlagen sind diesem Antrag beigefügt:

- Kopie des Personalausweises oder vergleichbaren Ausweispapieren

Beglaubigte Kopie der zulassungsrechtlichen Entscheidung über die vertragsärztliche Tätigkeit.

- liegt bei       wird nachgereicht  
(Zulassungsausschuss tagt voraussichtlich am \_\_\_\_\_)

- Übersicht über die geplanten Ausgaben (Finanzierungsplan)

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

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben im vorliegenden Antrag und in den Anlagen wird hiermit versichert. Die Förderbedingungen (vgl. Richtlinie zur Förderung der Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten im Westerwaldkreis) werden von dem/der Antragsteller/in anerkannt.

Ort, Datum:

---

Unterschrift des/der Antragstellers/Antragstellerin