

**A n t r a g**  
**auf Gewährung einer Zuwendung nach der Richtlinie**  
**zur Förderung der Niederlassung von Ärztinnen und**  
**Ärzten in der Verbandsgemeinde Kirner Land**  
**(Förderrichtlinie haus- und fachärztliche Versorgung)**

Eingang:
----------

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

<b>1. Allgemeine Angaben</b>
------------------------------

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/in	
IBAN	
BIC	
Name der Bank	

1.3 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 Beschreibung der Ausgangssituation und der geplanten Projektinhalte	
2.2 Maßnahme	<input type="checkbox"/> Niederlassung <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Praxisgründung</li> <li><input type="checkbox"/> Praxiseinstieg in die Praxis: _____</li> <li><input type="checkbox"/> Praxisübernahme Bisherige/r Praxisinhaber/in: _____</li> </ul> <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)**

- Ich beantrage, dass die Förderung durch die Verbandsgemeinde Kirner Land für meine Praxisgründung / meinen Einstieg in eine Praxis / meine Praxisübernahme
  - als einmalige Zuwendung in einem Gesamtbetrag zu Beginn der Förderlaufzeit ausgezahlt wird.\*
  - in jährlichen Raten von je einem Zehntel der Gesamtförderung ausgezahlt wird.

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

**4. Datenschutz**

- Ich bin damit einverstanden, dass die Daten zum Zwecke der Bearbeitung im Rahmen der Förderrichtlinie haus- und fachärztliche Versorgung durch die Verwaltung der Verbandsgemeinde Kirner Land 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. Die Einwilligung ist freiwillig.

Hinweise zum Datenschutz finden Sie in der Datenschutzerklärung der Verbandsgemeinde Kirner Land auf der Homepage [www.kirner-land.de](http://www.kirner-land.de).

## 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 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 Verbandsgemeinde Kirner Land 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.

### 5.2 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.

## 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 \_\_\_\_\_)
- Bescheid über die Anstellung einer Ärztin/eines Arztes (einzureichen bei Anträgen auf Förderung von Anstellungsverhältnissen)
- De-minimis-Erklärung

## 7. Schlusserklärungen

### 7.1 Erklärung zu Förderbedingungen

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

### 7.2

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

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

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