



Von der Bewilligungsbehörde auszufüllen:	
Antrag-Nr.	
Eingangsdatum	

A n t r a g

auf Gewährung einer Zuwendung des Landes Rheinland-Pfalz
nach der Richtlinie zur Förderung der hausärztlichen Versorgung
in ländlichen Regionen
(Förderrichtlinie hausärztliche Versorgung)

1. Antragstellerin / Antragsteller

Anrede/ Titel						
Name, Vorname						
Geburtsdatum						
Straße Haus-Nr.						
PLZ Ort						
Telefon-Nr.						
E-Mail-Adresse						
Bankverbindung (vorzugsweise Angabe Geschäftskonto)						
Name der Bank						
Konto-Inhaberin / Konto-Inhaber						
IBAN	DE					
BIC						



2. Angaben zur vorgesehenen Maßnahme

2.1 Die Zuwendung wird beantragt

- als Zuwendung bei Übernahme eines bestehenden Praxissitzes:
- als Zuwendung bei Neuerrichtung einer Praxis
- als Zuwendung bei Errichtung einer Zweigpraxis
- als Zuwendung bei Anstellung einer Ärztin / eines Arztes

- im Bereich Hausärztliche Versorgung gemäß § 101 Abs. 5 Satz 1 SGB V
- im Bereich Kinder- und jugendärztliche Versorgung

2.2 Ortsangaben und postalische Anschrift, unter der die vertragsärztliche Tätigkeit aufgenommen werden soll

ggf. Name der Einrichtung		
Straße Hausnr.		
PLZ Gemeinde		
ggf. Verbandsgemeinde		
ggf. Landkreis		



2.3 Umfang des Versorgungsauftrages/Stundenumfang bei Anstellung

2.3.1 bei Übernahme; Neuerrichtung einer Praxis/Zweigpraxis auszufüllen

Die Zulassung für den beabsichtigten Vertragsarztsitz ist/wird beantragt als:

- partieller Versorgungsauftrag im Umfang von ____%.
- voller Versorgungsauftrag.

2.3.2 bei Antrag auf Anstellung eines Arztes/einer Ärztin auszufüllen

Angaben zur Anstellung der Ärztin oder des angestellten Arztes:

Name, Vorname _____

Die Anstellung wird in

- Vollzeit (40 Stunden)
- Teilzeit mit einem Stundenanteil von _____ Stunden pro Woche absolviert

Liegt eine vorherige Tätigkeit des anzustellenden Arztes/ der Ärztin im Fördergebiet vor?

- nein
- ja, _____

2.4. Datum der förderfähigen Maßnahme

Beginn der ärztlichen Tätigkeit: _____



3. Persönliche Erklärungen / Verpflichtungen

3.1 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 mit der Maßnahme noch nicht begonnen wurde und auch vor Bekanntgabe des Zuwendungsbescheides bzw. vor ausdrücklicher Genehmigung eines förderunschädlichen vorzeitigen Maßnahmenbeginns nicht begonnen wird,
- 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 200.000 Euro nicht 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 die Allgemeinen Nebenbestimmungen für Zuwendungen zur Projektförderung für mich unter anderem verbindliche Mitteilungspflichten bei wesentlichen Veränderungen innerhalb der Bindungsfrist umfassen und dass Abweichungen von allen Angaben in diesem Antrag, von denen die Bewilligung, Gewährung, Weitergewährung oder das Belassen der Zuwendung abhängig ist, zu Rückforderungen führen können.

3.2 Ich verpflichte mich,

- dass die mit der zu fördernden Maßnahme verbundene hausärztliche Tätigkeit innerhalb von sechs Monaten nach der zulassungsrechtlichen Entscheidung für die Maßnahme im Fördergebiet aufgenommen wird und für die Dauer von mindestens fünf Jahren im Fördergebiet ausgeübt wird,
- bei Errichtung einer Zweigpraxis dort wöchentlich regelmäßige Sprechstunden anzubieten.

3.3 Ich erkläre mich damit einverstanden,

- dass die Angaben zum Zwecke einer zügigen Bearbeitung des Antrages sowie zu statistischen Zwecken gespeichert werden,
- dass die Bewilligungsbehörde Auskünfte zum Zweck der Zuwendungsbearbeitung bei der Kassenärztlichen Vereinigung einholt.



4. Beigefügte Anlagen bitte ankreuzen

Übersicht über die geplanten Ausgaben (Finanzierungsplan)

und (optional)

Nachweis über die zulassungsrechtliche Entscheidung für die Maßnahme im Fördergebiet (vertragsärztliche Zulassung oder Genehmigung einer Anstellung durch den Zulassungsausschuss bei der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz, bei Errichtung einer Zweigpraxis die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz bzw. die Ermächtigung des Zulassungsausschusses) *

*Zulassung/Genehmigung ist nicht Antragsvoraussetzung, aber Voraussetzung für Auszahlung

Ort, Datum

Unterschrift