

  

(Name und Anschrift des Trägers) (Ort und Datum)

**Fortschrittsanzeige und Zuschussanforderung nach dem KHZG**

Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit

Abteilung 2, Referat 15 203

Mittlere Bleiche 61

55116 Mainz

Krankenhaus: 

Aktenzeichen: 

Fördertatbestand: § 19 Abs. 1 Nr.  KHSFV

1. Maßnahmenbeginn: 

2. Übersicht und Abruf nach Kostenarten

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| KostenartenKosten für… | bewilligt (in Euro) | davon bisher ausgezahlt/ bereitgestellt (in Euro) | noch auszuzahlen/ bereitzustellen | wird hiermit abgerufen |
| …erforderliche technische und informationstechnische Maßnahmen | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| …die Beratungsleistungen bei der Planung des konkreten Vorhabens | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| …erforderliche personelle Maßnahmen- einschl. der Kosten für Schulungen des Personals | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| …räumliche Maßnahmen, soweit sie für die technischen, informationstechnischen und personellen Maßnahmen erforderlich sind, höchstens 10% der Förderkosten | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| …die Beschaffung von Nachweisen | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Sonstige Kosten | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Summe**  | € | € | € | € |

3. Finanzierung:

Gesamtkosten der Maßnahme/Investitionsvolumen:  €

ggf. vorgesehene Eigenmittel:  €

Bewilligungsbetrag:  €

Wir bitten um einen Mittelabruf in Höhe von  €, der auf das Konto des Krankenhausträgers bei der (Bank)

BIC:  IBAN: DE

überwiesen werden soll.

Die Richtigkeit der Angaben wird hiermit bestätigt.

Es wird hiermit versichert, dass die abgerufenen Fördermittel bereits durch Vorleistung des Fördermittelempfängers verwendet wurden.

Mit der Unterschrift wird weiterhin bestätigt, dass bei der Vergabe von Aufträgen im Zusammenhang mit dem Krankenhauszukunftsfonds die Vorgaben des nationalen und europäischen Vergaberechts, sowie die üblichen landesspezifischen Regelungen beachtet wurden (vgl. Ziffer 5.2., Fördermittelrichtlinie des BAS gem. § 21 Absatz 2 KHSFV).

Es ist bekannt, dass bei Verstößen gegen die einschlägigen vergaberechtlichen Bestimmungen die Bewilligungsbehörde zu prüfen hat, ob der Zuwendungsbescheid ganz oder teilweise aufzuheben und die Zuwendung insoweit zurückzufordern ist.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (Datum, Unterschrift Krankenhausträger) |  |  |

Anlagen:

Verwendungsnachweise/Belege