



Antrag zum Förderprogramm „Gesundheitliche Versorgung im Landkreis Limburg-Weilburg“

auf Gewährung einer Zuwendung nach der Richtlinie zur Förderung der
„Gesundheitlichen Versorgung im Landkreis Limburg-Weilburg“ und dem
Förderaufruf „Pädiatrie“

1. Antragsteller

Anrede/ Titel	
Name, Vorname	
Straße Hausnr.	
PLZ Ort	
Telefon-Nr. für Rückfragen	
E-Mail-Adresse	
Bankverbindung	(vorzugsweise Angabe Geschäftskonto)
Name der Bank	
Inhaber Konto	
IBAN	
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
- Gründung MVZ
- Zweigstelle MVZ
- Sonstiges

2.2 Art der Zuwendung

- Beantragt wird eine einmalige Anschubfinanzierung
in Höhe von: _____ €.
(bei Vorabfinanzierung sind erweiterte Anlagen erforderlich, siehe 4.)
- Beantragt wird eine mehrjährige Anschubfinanzierung
in Höhe von jährlich: _____ €.

Bemerkungen:

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

Name der Einrichtung	
Straße Hausnr.	
Anzahl der Parkplätze	



2.4 Umfang des Versorgungsauftrages/Stundenumfang

Die Zulassung für den beabsichtigten Vertragsarztsitz wird beantragt als:

_____ Anzahl der geplanten Übernahmen von KV-Sitzen.

Versorgungsauftrag im Umfang von _____%.

voller Versorgungsauftrag.

Öffnungszeiten (Angabe Wochentag, Uhrzeit von-bis):

2.5. 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, der Zuwendung abhängig ist, gewissenhaft und vollständig gemacht habe,

dass mit der Maßnahme noch nicht begonnen wurde.

- dass ich zum Vorsteuerabzug

nicht berechtigt bin,

berechtigt bin und dies bei der Berechnung der Gesamtausgaben berücksichtigt habe (Preise ohne Umsatzsteuer),

„De-minimis“-Beihilfen“:

In den letzten drei Jahren wurden mir/ der Gesellschaft

_____ Euro seitens _____ gewährt.

dass ich von den allgemeinen Zuwendungsvoraussetzungen/ Verpflichtungen Kenntnis genommen habe und das Abweichungen von allen Angaben in diesem Antrag, von denen die Bewilligung und Gewährung der Zuwendung abhängig ist, zu Rückforderungen führen können.



3.2 Ich verpflichte mich,

dass die mit der zu fördernden verbundene pädiatrische Tätigkeit innerhalb von sechs Monaten nach der zulassungsrechtlichen Entscheidung aufgenommen wird und für die Dauer von mindestens fünf Jahren ausgeübt wird.

3.3 Ich erkläre mich damit einverstanden,

dass die Angaben zum Zwecke einer zügigen Bearbeitung des Antrages gespeichert werden,

dass die Bewilligungsbehörde Auskünfte zum Zweck der Zuwendungsbearbeitung bei der Kassenärztlichen Vereinigung einholen kann.

4. Beigefügte Anlagen bitte ankreuzen

Praxiskonzept (Leistungsangebot, Personal-Sachausstattung)

Nachweis über die zulassungsrechtliche Beantragung/ Entscheidung für die pädiatrische Tätigkeit (vertragsärztliche Zulassung oder Genehmigung durch den Zulassungsausschuss bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, bei Errichtung einer Zweigpraxis die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen bzw. die Ermächtigung des Zulassungsausschusses). *

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

Kalkulation/ Finanzierungsplan, Angaben zu den geplanten Einnahmen und Ausgaben (und deren Finanzierung) mit inhaltlicher und zeitlicher Planung (Meilensteine), die die zu erwartenden Zuschüsse des Landkreises enthält.

Bei einer einmaligen Vorabfinanzierung:

Vorlage einer selbstschuldnerischen Bürgschaft (bei Vorabfinanzierung).

Ort, Datum

Unterschrift