

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Bezirksdirektion Stuttgart
Geschäftsbereich
Zulassung/Sicherstellung
Sachgebiet 2.1
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart

Absender/Stempel

Ziel und Zukunft | Telefon 0711 7875-3880 | Fax 0711 7875-483930 | zielundzukunft@kvbawue.de

Antrag auf Gewährung einer Förderung für die Errichtung einer Nebenbetriebsstätte/Zweigpraxis

zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung im Rahmen des Projekts „Ziel und Zukunft“

Hiermit beantrage/n ich/wir

_____	_____	_____
Titel	Name	Vorname/n
_____	_____	_____
Facharzt für	LANR	zugelassen seit

ggf. Kooperationspartner 1

_____	_____	_____
Titel	Name	Vorname/n
_____	_____	_____
Facharzt für	LANR	zugelassen seit

1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher, weiblicher und diverser Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter (m/w/d).

Bitte beschreiben Sie kurz Ihr Vorhaben: _____

Um uns vollständig über Ihr geplantes Vorhaben zu informieren und Ihren Antrag vollumfänglich bearbeiten zu können, benötigen wir nachfolgende Informationen. Wir weisen darauf hin, dass Ihnen aus den hier getätigten Angaben zum Status des Fördervorhabens und von vorausgegangenen Förderanträgen keinerlei Nachteile erwachsen oder Vorteile entstehen.

Status des Fördervorhabens:

- Ich stehe in Kontakt mit den Niederlassungsberatern der KVBW.
- Die Beantragung der Zulassung beim Zulassungsausschuss / bei der KVBW ist noch nicht erfolgt.
- Die Beantragung der Zulassung beim Zulassungsausschuss / bei der KVBW ist erfolgt.

→ Sofern bekannt: Vorstellung des Vorhabens in der Zulassungsausschusssitzung am:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vorausgegangene Förderanträge der Antragsteller:

- Ich habe/Wir haben in der Vergangenheit bereits eine/mehrere Förderung/en beantragt.

1. Förderantrag:

Im Jahr					Für	Stadt/Gemeinde		Beschluss		

2. Förderantrag:

Im Jahr					Für	Stadt/Gemeinde		Beschluss		

Ergänzen Sie weitere Angaben ggf. auf einer zusätzlichen Seite.

- Ich habe/Wir haben bisher noch keine Förderung beantragt.

Datenschutzhinweis

Zum Zwecke der Antragsprüfung und Bearbeitung sowie zur Bearbeitung des Förderverfahrens erhebt, speichert, nutzt und verarbeitet die KVBW persönliche Daten. Die Abgabe der Einwilligungserklärung erfolgt dabei freiwillig und auf Basis der zur Verfügung gestellten Informationen zu Inhalt, Umfang und Zweck im Sinne der geltenden Datenschutzvorschriften. Es stehen Ihnen sämtlich Rechte entsprechend der geltenden DSGVO zu. Wir dürfen hierzu auf die „Hinweise der KVBW zum Datenschutz bei einer Antragstellung im Rahmen des Förderprogramms Ziel und Zukunft“ www.kvbawue.de/pdf3675 hinweisen. Diese Informationen ist über die Homepage abrufbar und wird Ihnen auf Anforderung in Papierform zur Verfügung gestellt. Durch Ihre Unterschrift wird die untenstehende datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung Bestandteil des vorliegenden Antrags.

Online-Evaluation

Gemäß § 4 Abs. 5 der ZuZ-Richtlinie soll der Antragsteller nach Erhalt des Bescheides an einer Evaluation teilnehmen. Diese wird per E-Mail über einen Link zugesandt und die Daten anschließend anonymisiert ausgewertet, um das Förderprogramm „Ziel und Zukunft“ kontinuierlich weiterentwickeln zu können. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit einer Teilnahme an der Evaluation einverstanden und stimmen der anonymisierten Nutzung Ihrer Daten für die Evaluation zu.

Allgemeine Hinweise

- Die Errichtung einer Zweigpraxis oder Nebenbetriebsstätte in einem Fördergebiet kann mit einem Betrag in Höhe von maximal 40.000 Euro gefördert werden.
- Die Förderung erfolgt durch Erstattung der tatsächlich entstandenen notwendigen Kosten, welche durch die Einreichung der Originalrechnungen belegt werden
- Eine rückwirkende Förderung (Antragsstellung nach Aufnahme der Tätigkeit) ist ausgeschlossen.
- Der Anspruch auf die Auszahlung der bewilligten Förderung erlischt, wenn die im Zusicherungsschreiben angegebene Umsetzungsfrist nicht eingehalten wird.
- Soweit mehr entscheidungsreife Anträge vorliegen als Förderplätze zur Verfügung stehen, wird eine Auswahlentscheidung hinsichtlich der bestmöglichen Versorgungsverbesserung getroffen.

Erklärung

Ich versichere, die oben genannten Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht zu haben. Mir ist bewusst, dass die KVBW nach pflichtgemäßem Ermessen im Rahmen der zur Verfügung stehenden Finanzmittel über die Gewährung und die Höhe der Förderung entscheidet. Die KVBW prüft bei Antragstellung die aktuelle Sicherstellungssituation. Auf Verlangen der KVBW verpflichte ich mich, weitere Informationen zur Verfügung zu stellen, sofern diese für eine Entscheidung über den Antrag erforderlich sind. Ferner verpflichte ich mich, sämtliche Änderungen, die Auswirkungen auf die Gewährung oder Höhe der finanziellen Förderung haben könnten, der KVBW unverzüglich mitzuteilen. Mir ist bewusst, dass die Bewilligung der Förderung widerrufen wird, sofern die für die Bewilligungsentscheidung ursächlichen Angaben unrichtig waren oder die Bewilligungsvoraussetzungen nachträglich entfallen. In diesem Falle besteht die Verpflichtung zur anteiligen oder vollständigen Rückzahlung der bereits gewährten Förderung. Dies gilt ebenfalls, sofern die gewährte Förderung nicht für den mit der Fördermaßnahme verbundenen Förderzweck verwendet wird. Ein Rechtsanspruch auf die Gewährung der Förderung besteht nicht.

Ferner bestätige ich mit meiner Unterschrift die Kenntnisnahme der

- Förderbedingungen (ZuZ-Richtlinie) der KVBW in ihrer jeweils geltenden Fassung,
- allgemeinen Hinweise zur Antragstellung und Förderung,
- Informationen über die Erhebung, Speicherung, Nutzung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten bei der KVBW sowie die „Hinweise der KVBW zum Datenschutz bei einer Antragstellung im Rahmen des Förderprogramms Ziel und Zukunft“.

Ich erkläre ausdrücklich meine Einwilligung zur entsprechenden Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Speicherung der Daten.

Mir ist bewusst, dass diese Einwilligungen zur Prüfung des Antrags notwendig sind.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum

Ort

Unterschrift Praxisinhaber/ bei MVZ: ärztl. Leiter

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum

Ort

ggf. Unterschrift Kooperationspartner