



VERBANDSGEMEINDE
Selters
natürlich mittendrin

Verbandsgemeindeverwaltung
Selters (Westerwald)
Am Saynbach 5-7
56242 Selters

Tel. (02626) 764-0
Fax (02626) 764-66
info@selters-ww.de
www.selters-ww.de

ANTRAG

auf Gewährung einer Förderung im Rahmen der Richtlinie zur Förderung und Sicherstellung der haus- und fachärztlichen Versorgung in der Verbandsgemeinde Selters

Verbandsgemeinde Selters

Am Saynbach 5-7

56242 Selters

Eingang:

Ich/Wir beantrage/n die Gewährung einer Förderung im Rahmen der Richtlinie zur Förderung und Sicherstellung der haus- und fachärztlichen Versorgung in der Verbandsgemeinde Selters

Die vollständige Beantwortung der Fragen in diesem Antragsformular sowie in der beigelegten Anlage ist Voraussetzung für die Bearbeitung Ihres Antrags. Es besteht kein Rechtsanspruch auf die Gewährung einer Förderung. Die Förderung erfolgt erst nach Prüfung der Antragsunterlagen und nach Erhalt des Bewilligungsbescheides.

Allgemeine Informationen	
Antragsteller (m/w/d)	
Rechtsform (bei MVZ)	☐ GmbH ☐ gGmbH ☐ Sonstige: _____
Anrede / Akademischer Grad	
Name, Vorname	
Geburtsdatum, Geburtsort	
Straße, Hausnummer (Privatanschrift)	
PLZ, Wohnort	
Telefon / Mobil	
Fax	
E-Mail	

1.1 Standort der Praxis	
Name	
Straße und Hausnummer	
PLZ und Wohnort	
1.2 Angabe zur Praxis (Name/Fachrichtung/Aufgabenschwerpunkte)	

2. Angaben zum Fördergegenstand	
2.1 Maßnahme	☐ Neuniederlassung einer Arztpraxis ☐ Übernahme einer bestehenden Arztpraxis Bisheriger/r Praxisinhaber/in: _____ ☐ Einrichtung einer Zweigpraxis ☐ Errichtung eines Versorgungszentrums (MVZ) ☐ Schaffung zusätzlicher Arztstelle(n) mit kassen- ärztlicher Zulassung ☐ Anstellung einer/eines Weiterbildungs- assistenten/Weiterbildungsassistenten (s. auch Ziff. 2.7)
2.2 Arztgruppe/Berufsbezeichnung z.B. Facharzt (FA) für Frauenheilkunde (Gynäkologie); FA für Orthopädie	
2.3 Umfang der Tätigkeiten	☐ Vollzeit ☐ Teilzeit (Angabe in %: _____)
2.4 Geplante Aufnahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit im Gebiet der Verbandsgemeinde Selters (Datum)	

2.5 Art der Praxis	☐ Einzelpraxis ☐ Gemeinschaftspraxis ☐ Praxisgemeinschaft
2.6 Angaben zur kassenärztlichen Zulassung	☐ Vertragsärztliche Zulassung liegt vor ☐ Genehmigung zur Anstellung liegt vor ☐ Genehmigung / Ermächtigung zur Errichtung einer Zweigpraxis liegt vor Zulassungsbehörde: _____ Datum des Zulassungs-/Genehmigungsbescheids: _____.____.20____
2.7 Angaben zu Weiterbildungsassistent/in (nur bei entsprechendem Antrag nach Ziffer 2.1)	Name: _____ Beschäftigungsbeginn: _____.____.20____ Beschäftigungsende: _____.____.20____ Stellenumfang: ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit (____ %) ☐ Es besteht keine Doppelförderung durch andere öffentliche Förderprogramme.
2.8 Beantragte Förderung	☐ Einmalige Förderung für Praxis / Arztstelle Beantragte Fördersumme: _____ € ☐ Monatliche Förderung für Weiterbildungsassistent/in Beantragte Dauer: ____ Monate (max. 24 Monate) Beantragter Monatsbetrag: _____ € (max. 625 €)
2.9 Beizufügende Unterlagen (zwingend)	☐ Zulassungs- / Genehmigungsbescheid der KV Rheinland-Pfalz ☐ De-minimis-Erklärung ☐ Kauf- oder Mietvertrag der Praxisräume

	☐ Anstellungs- bzw. Weiterbildungsvertrag (falls zutreffend)
--	---

3. Bankverbindung	
Kontoinhaber (m/w/d)	
IBAN	
BIC	
Bank	

4. Schlusserklärungen

Durch Unterzeichnung des Antrages erklärt der Antragsteller (m/w/d) das Folgende:

Mir ist bewusst,

dass ich die vertragsärztliche Tätigkeit im Gebiet der Verbandsgemeinde Selters für einen Zeitraum von mindestens **5 Jahren** auszuüben bzw.

dass ich bei Anstellung einer/eines Weiterbildungsassistentin/Weiterbildungsassistenten diese Beschäftigung für maximal **2 Jahre** sicherzustellen habe.

dass die Verbandsgemeinde Selters nach pflichtgemäßem Ermessen, im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel, über die Gewährung und die Höhe der Förderung entscheidet. Ein **Rechtsanspruch** auf Gewährung der Förderung nach der Richtlinie **besteht nicht**.

dass die Zuwendung dem Grunde nach steuerpflichtig ist und er/sie für eine eventuelle Versteuerung der gewährten Zuwendung selbst Sorge zu tragen hat.

dass bei vorzeitiger Beendigung der geförderten Tätigkeit eine **anteilige oder vollständige Rückforderung** der Zuwendung erfolgen kann.

dass vorsätzlich oder grob fahrlässig falsche oder unvollständige Angaben sowie das vorsätzliche oder fahrlässige Unterlassen einer Mitteilung über Änderungen in diesen Angaben den Widerruf und die Rückzahlung der Förderung sowie u.U. eine Strafverfolgung wegen Subventionsbetrug zur Folge haben können.

Ich bin damit einverstanden,

dass die geltend gemachten Angaben durch die Verbandsgemeinde Selters erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.

Hinweis:

Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der in diesem Antrag enthaltenen personenbezogenen Daten sind nach Art. 6 Abs. 1 lit. e Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) nur zulässig, wenn der Betroffene (m/w/d) eingewilligt hat.

Für den Fall, dass die Einwilligung hierzu verweigert wird, kann der Antrag auf Gewährung der Förderung u.U. nicht bearbeitet werden und der beantragte Zuschuss damit ggf. nicht bewilligt werden.

Sofern Ihre personenbezogenen Daten auf Grundlage berechtigter Interessen gem. Art. 6 Abs. 1 lit. e DSGVO verarbeitet werden, haben Sie das Recht, gem. Art. 21 DSGVO **Widerspruch** gegen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten einzulegen, soweit dafür Gründe vorliegen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben.

Möchten Sie von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen, genügt eine E-Mail an info@selters-ww.de

Der Antragsteller (m/w/d) verpflichtet sich zudem, jede Änderung der geltend gemachten Angaben unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben im vorliegenden Antrag und in der Anlage wird hiermit versichert. Die Bedingungen der „Richtlinie zur Förderung der haus- und fachärztlichen Versorgung in der Verbandsgemeinde Selters“ werden von dem Antragsteller (m/w/d) anerkannt.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller (m/w/d)