



Von der Bewilligungsstelle
auszufüllen:

Antrag Nr.:

Eingangsdatum:

Antrag gemäß Anlage:

Anlage 4b

Antrag

**auf Gewährung einer Zuwendung des Landes NRW
nach Nr. 2.2 der Richtlinien zur Förderung der Allgemeinmedizin in Gemeinden,
in denen in Zukunft die hausärztliche Versorgung durch das Ausscheiden von
Hausärztinnen und Hausärzten gefährdet sein kann**

- Zuwendungen zur Förderung der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung
durch angestellte Ärztinnen und Ärzte -

1. Antragstellerin/Antragsteller

1.1 Name, Vorname	
1.2 Geb. Datum	
1.3 Anschrift	
1.4 Telefonnummer	
1.5 Email	
1.6 Bankverbindung	KtoNr.: BLZ: Bank: Kontoinhaber:



2. Antragsdaten

2.1 Ich beantrage eine Zuwendung

- als Zuschuss zur Anstellung einer Ärztin / eines Arztes

2.2 Benennung der Gemeinde, in der das Anstellungsverhältnis durchgeführt wird:

Gemeinde:.....Landkreis:.....

Name der angestellten Ärztin oder des angestellten Arz-
tes:.....

Anschrift:.....

2.3 Stundenumfang des Anstellungsverhältnisses

Die Anstellung wird in

- Vollzeit
 Teilzeit mit einem Stundenanteil von.....Stunden pro Woche
absolviert.

Beginn des Anstellungsverhältnisses:.....



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 nicht begonnen wird; als Vorhabenbeginn ist grundsätzlich z.B. der Kaufvertrag für eine medizinische Gerätschaft, der Abschluss eines Arbeitsvertrages mit dem angestellten Arzt der angestellten Ärztin etc anzusehen,
- dass ich zum Vorsteuerabzug
 - nicht berechtigt bin,
 - berechtigt bin und dies bei der Berechnung der Gesamtausgaben berücksichtigt habe (Preise ohne Umsatzsteuer)
- dass ich davon Kenntnis genommen habe, dass bei Abweichung von allen Angaben in diesem Antrag, von denen die Bewilligung, Gewährung, Weitergewährung oder das Belassen der Zuwendung abhängig ist, zu Rückforderungen führen kann.

3.2 Ich verpflichte mich,

- für die Dauer der in der o.g. Richtlinie festgelegten Zeiträume (5.4.4 und 5.4.5) in der genannten Gemeinde an der hausärztlichen Versorgung durch einen angestellten Arzt/ eine angestellte Ärztin teilzunehmen,
- eine Beendigung des Angestelltenverhältnisses unverzüglich der jeweils zuständigen Bezirksregierung schriftlich anzuzeigen.

3.3 Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- die Angaben in und zum Antrag an die für die Maßnahmen des Förderprogramms zuständigen Organe des Landes übermittelt werden können. (Die Erhebung vorstehender Angaben beruht auf § 26 Abs. 2 Satz 1 und 2 des Verwaltungsverfahrensgesetzes des Landes NRW /SGV.NRW 2010). Die Kenntnis dieser Angaben dient der Überprüfung der Voraussetzungen für die Gewährung der Zuwendung.
- die Angaben zum Zwecke einer zügigen Bearbeitung des Antrages sowie zu statistischen Zwecken gespeichert werden.)



4. Beigefügte Anlagen (bitte ankreuzen)

- Bestätigung der zuständigen Stelle (Zulassungsausschuss bzw. Kassenärztliche Vereinigung) über den Antragseingang (Antrag auf Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch eine angestellte Ärztin beziehungsweise einen angestellten Arzt) sowie eine Kopie des Antrages,.

- Übersicht über die geplanten Einnahmen und Ausgaben (Finanzierungsplan).

Die zur abschließenden Bearbeitung des Antrags weiter einzureichenden Unterlagen nach Ziff. 7.2.2 der Richtlinie sind zu gegebener Zeit nachzureichen.

Ort, Datum, Unterschrift