

Antrag der Förderung „Start gut! – Guthaben Weiterbildung für spätere Niederlassung im ländlichen Raum“

Bitte lassen Sie uns das Antragsformular vollständig ausgefüllt mit den erforderlichen Nachweisen zukommen.

1. Antragsteller

Name, Vorname _____

Lebenslange Arztnummer (LANR) _____

PLZ/ Ort _____

Straße _____

Telefon _____ Fax _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

2. Nachweise

Für die Auszahlung der Förderung werden folgende Nachweise benötigt:

- Niederlassung im Fachgebiet: _____
- Beginn der Niederlassung: _____
- Aufnahme der Tätigkeit: _____
- Zulassungsumfang: _____ (häftiger oder voller Versorgungsauftrag)
- Kopie des Zulassungsbescheides

Für Rückfragen zur **finanziellen Förderung** stehen wir Ihnen unter folgenden Kontaktdaten gerne zur Verfügung.

Förderung Weiterbildung
Tel: 069 24741-7050
Fax: 069 24741-68843
E-Mail: sirili@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Förderung SiRiLi
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt am Main

Alle Details zu den Regelungen finden Sie in der Kap. 6.4 der Sicherstellungsrichtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen zur Verwendung der Finanzmittel nach § 105 Abs. 1a SGB V (Strukturfonds) mit Wirkung zum 1. Januar 2017.

Bitte beachten Sie, dass eine eventuelle Versteuerung der Fördermittel dem Zuwendungsempfänger obliegt.

Mit dem Antrag auf Auszahlung verpflichtet sich der Arzt, sich für eine Dauer von mindestens fünf Jahren in der Förderregion niederzulassen.

Bei einer vorzeitigen Praxisverlegung oder –aufgabe oder Reduzierung des Tätigkeitsumfangs ist die Fördersumme entsprechend der Dauer der ärztlichen Tätigkeit anteilig zurückzuzahlen. Die Rückzahlung beträgt bei mindestens einem Jahr ärztlicher Tätigkeit 80% der bewilligten Fördersumme, bei mindestens zwei Jahren ärztlicher Tätigkeit 60%, bei mindestens drei Jahren ärztlicher Tätigkeit 40%, bei mindestens vier Jahren ärztlicher Tätigkeit 20%.

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Vertragsarztstempel