

Von der Bewilligungsstelle  
auszufüllen:

Antrag Nr.:

Eingangsdatum:

Antrag gemäß Anlage:



## Anlage 7

### Antrag

auf Gewährung einer Zuwendung zur Förderung der Niederlassungsbegleitung von  
Allgemeininternisten im Rahmen des Qualifizierungsjahres

**nach der Richtlinie zur Förderung der hausärztlichen Versorgung in  
Gemeinden, in denen aufgrund der Altersstruktur der vertragsärztlich tätigen  
Ärztinnen und Ärzte eine Gefährdung der hausärztlichen Versorgung droht**

#### 1. Antragstellerin/Antragsteller

<b>1.1 Name, Vorname oder Name des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)</b>	
<b>1.2 Geburtsdatum</b>	
<b>1.3 Anschrift</b>	
<b>1.4 Telefonnummer</b>	
<b>1.5 Email</b>	
<b>1.6 Bankverbindung</b>	<b>IBAN:</b> <b>BIC:</b> <b>Bank:</b> <b>Kontoinhaber:</b>

## 2. Antragsdaten

### 2.1 Ich beantrage eine Zuwendung

für die Beschäftigung einer Allgemeininternistin / eines Allgemeininternisten während des Qualifizierungsjahres

### 2.2 Benennung der Gemeinde, in der das Qualifizierungsjahr durchgeführt wird:

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

Name der Allgemeininternistin / des Allgemeininternisten:

.....

Anschrift:.....

### 2.3 Durchführungszeitraum

Das Qualifizierungsjahr wird in

Vollzeit

Teilzeit

absolviert.

Beginn des Qualifizierungsjahres: .....

Voraussichtliches Ende des Qualifizierungsjahres in meiner Praxis: .....

### **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 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,
- dass mit der Maßnahme noch nicht begonnen wurde und auch vor Bekanntgabe des Zuwendungsbescheides nicht begonnen wird; als Vorhabenbeginn ist grundsätzlich z.B. der Abschluss eines Arbeitsvertrages mit dem weiterzubildenden Arzt der weiterzubildenden Ärztin anzusehen.

#### **3.2 Ich verpflichte mich,**

- Änderungen, die Auswirkung auf die Gewährung der Förderung oder auf deren Höhe haben, insbesondere eine vorzeitige Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses oder eine Änderung der Förderung nach der Vereinbarung, unverzüglich schriftlich mitzuteilen, und auf Anfrage alle für die Prüfung der Förderervoraussetzungen notwendig erscheinenden Unterlagen der Bewilligungsbehörde vorzulegen.
- die Zuwendungen zur Förderung des Qualifizierungsjahres in voller Höhe an die Allgemeininternistin / den Allgemeininternisten weiterzuleiten.

#### **3.3 Ich erkläre mich damit einverstanden, dass**

- die Angaben in und zu dem 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. Anlagen

Folgende Angaben sind mit dem Antrag einzureichen; diese habe ich dem Antrag beigelegt (bitte ankreuzen):

- ein Nachweis über die Weiterbildungsbefugnis für die Allgemeinmedizin (der Person in der Praxis, durch die die Qualifizierung stattfinden soll)
- der Entwurf eines Arbeitsvertrags, aus dem sich als Ziel des Beschäftigungsverhältnisses die erfolgreiche Beendigung des Qualifizierungsjahrs ergeben muss
- die Bewilligung nach der Vereinbarung zur Förderung des Qualifizierungsjahres im Rahmen des Konsenspapiers zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung vom 30. August 2018

**Die zur abschließenden Bearbeitung des Antrags einzureichenden Unterlagen werde ich zu gegebener Zeit nachreichen.**

---

Ort, Datum, Unterschrift