

Von der Bewilligungsstelle auszufüllen:

Antrag Nr.:

Eingangsdatum:

Antrag gemäß Anlage:

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen



Anlage 9

Antrag

auf Gewährung einer Zuwendung zur Förderung des Erwerbs von Zusatzqualifikationen
von nicht-ärztlichem Praxispersonal

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

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

2. Antragsdaten

2.1 Ich beantrage eine Zuwendung

für die Ausgaben, die im Rahmen der Erlangung von Zusatzqualifikationen von nicht-ärztlichen Praxisassistentinnen bzw. Praxisassistenten im Sinne der Delegationsvereinbarung (Anlage 8 BMV-Ä) entstehen.

2.2 Benennung der Gemeinde, in der die Weiterbildung durchgeführt wird (Sitz der Praxis):

Gemeinde: Landkreis:

Name der/des nicht-ärztlichen Praxisassistentin bzw. Praxisassistenten

.....

Anzahl der Wochenstunden, die die/der nicht-ärztliche Praxisassistentin bzw. Praxisassistent gemäß § 4 Abs. 2 der Delegationsvereinbarung angestellt ist:

.....

2.3 Durchführungszeitraum

Beginn der Fortbildung:

Voraussichtliches Ende der Fortbildung:

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.

3.2 Ich verpflichte mich,

- Änderungen, die Auswirkung auf die Gewährung der Förderung oder auf deren Höhe haben, unverzüglich schriftlich mitzuteilen, und auf Anfrage alle für die Prüfung der Förderervoraussetzungen notwendig erscheinenden Unterlagen der Bewilligungsbehörde vorzulegen.

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. Anlagen

Folgende Anlagen habe ich beigefügt (bitte ankreuzen)

- einen Arbeitsvertrag der nicht-ärztlichen Praxisassistentin oder des Praxisassistenten
- die Anmeldung zu einer Fortbildung zur Erlangung der Zusatzqualifikation

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

Ort, Datum, Unterschrift