

## Musterantrag der Förderung „Unterstützung bei einer Niederlassung – Übernahme Umzugskosten“

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

### 1. Antragsteller

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Lebenslange Arztnummer (LANR) \_\_\_\_\_

Erstmalige Niederlassung in Hessen?  ja  nein

Niederlassung im Fachgebiet \_\_\_\_\_

Beginn der vertragsärztlichen Tätigkeit \_\_\_\_\_

Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit \_\_\_\_\_

Betriebsstättennummer (BSNR) \_\_\_\_\_

Praxisort \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

### 3. Nachweise

Für die Auszahlung der Förderung werden folgende Nachweise benötigt:

- Rechnung der Umzugsfirma und
- Kontoauszug als Nachweis der gezahlten Umzugskosten

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

Förderung Weiterbildung  
Tel: 069 24741-6695  
Fax: 069 24741-68843  
E-Mail: [sirili@kvhessen.de](mailto: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. 4.4 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.**

**Der Antragsteller muss bereits einen Antrag zur vertragsärztlichen Tätigkeit in Hessen an den Zulassungsausschuss gestellt haben.**

**Bei nicht bestimmungsgemäßer Verwendung der Fördermittel, behält sich die Kassenärztliche Vereinigung Hessen das Recht vor, die bereits gezahlten Fördermittel zurück zu fordern.**

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

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Antragstellers