

**Antrag der Förderung „Unterstützung bei einer Niederlassung – Übernahme Kinderbetreuungskosten“**

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

Weiterbildung in Hessen?  ja  nein

Beginn der vertragsärztlichen Tätigkeit/ Weiterbildung in Praxis

\_\_\_\_\_

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

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

Wohnort \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

**2. Kind**

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

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

Art der Kinderbetreuung?  Kindertagesstätte  Kindergarten  Tagesmutter

Beginn der Kinderbetreuung \_\_\_\_\_ Ende der Kinderbetreuung \_\_\_\_\_

Geplanter Einschulungstermin \_\_\_\_\_

### 3. Nachweise

Für die Auszahlung der Förderung werden folgende Nachweise benötigt:

- Bestätigung der Kinderbetreuung (Kindertagesstätte, Hort, Kindergarten, qualifizierte Tagesmutter mit Pflegeerlaubnis) mit Angabe der tatsächlich anfallenden monatlichen Kosten
- Vertrag über die Kinderbetreuung, aus dem die Kosten ersichtlich sind
- Geburtsurkunde des Kindes
- Pflegeerlaubnis der Tagesmutter, sofern die Betreuung bei einer Tagesmutter erfolgt

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

Förderung Weiterbildung  
Tel: 069 24741-6682 oder 069 24741-6689  
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. Für den Fall der Weiterbildung muss bereits ein Antrag auf Beschäftigungsgenehmigung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen durch die weiterbildende Praxis gestellt worden sein.**

**Der Antragsteller muss der Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich mitteilen, wenn sich Art oder Umfang der vertragsärztlichen Tätigkeit ändert (wie z.B. Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit in dem geförderten Landkreis, Unterbrechung der vertragsärztlichen Tätigkeit, Änderung der Praxistätigkeit).**

**Der Antragsteller muss der Kassenärztlichen Vereinigung jegliche Änderung der Kinderbetreuung (wie z.B. Änderung Betreuungsstunden und -kosten) unverzüglich mittels einer Bescheinigung anzeigen.**

**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