

## 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 24741-6682 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. 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