



Kreisausschuss des Main-Kinzig-Kreises
Gesundheitsamt
Dr. med. Siegfried Giernat
Barbarossastr. 24
63571 Gelnhausen

Antragsformular für das Förderprogramm „Förderung der ärztlichen Versorgung im Main-Kinzig-Kreis“

Hinweise zum Ausfüllen

Dieses Antragsformular für Ihren Projektantrag soll Ihnen helfen, Ihr Vorhaben klar zu strukturieren und zu kommunizieren. Viele Fragen lassen sich einfaches „Ankreuzen“ beantworten. Darüber hinausgehende, projektrelevante Angaben sollten aussagekräftig, dabei kurz und prägnant gehalten werden. Sollte der Platz nicht ausreichen, verwenden Sie hierzu bitte ein separates Blatt und legen es dem Antrag bei.

1. Füllen Sie bitte das Antragsformular in den vorgesehenen Feldern oder auf einem separaten Blatt vollständig aus.
2. Senden Sie Ihren Antrag per Post, Mail oder Fax an die folgende Adresse:

Kreisausschuss des Main-Kinzig-Kreises
Gesundheitsamt
Dr. med. Siegfried Giernat
Barbarossastr. 24
63571 Gelnhausen
Tel.: 06051 85 11551
Fax: 06051 85 911551

Ihr Antrag kann erst bewertet werden, wenn die formalen Anforderungen erfüllt sind.

1. Basisinformationen zum geplanten Projekt (Stichpunkte)

1.1 Titel	
1.2 Projektort/Maßnahmeort	
1.3 Projektbeginn	
1.5 Antragsteller/in	
Institution	
Vorname	
Name	
Straße	
PLZ	
Ort	
Telefon	
Fax	
E-Mail	
Website	
Träger	
1.6 Verantwortliche(r) Ansprechpartner/in	
Institution	
Vorname	
Name	
Straße	
PLZ	
Ort	
Telefon	
Fax	
E-Mail	
Website	
Träger	
1.7 Projektpartner/in aus weiteren Einrichtungen	

2. Projektbeschreibung

2.1 Ziele	<p><i>Was wollen Sie mit Ihrem Projekt erreichen?</i></p> <p>Bitte verwenden Sie hierfür ein neutrales Blatt und legen es dem Antrag bei.</p>
2.2 Nutzen des Projekts im Sinne des Gegenstands der Förderrichtlinie	<p><i>Inwieweit stellt ihr Projekt eine Neuerung/Verbesserung gegenüber bestehenden Ansätzen dar, um den Strukturwandel im Gesundheitssystem zu bewältigen?</i></p> <p>Bitte verwenden Sie hierfür ein neutrales Blatt und legen es dem Antrag bei.</p>
2.3 Übereinstimmung mit der Bedarfsplanung / Krankenhausplanung	<p><i>Wodurch steht Ihr Projekt in Übereinstimmung mit der ärztlichen Bedarfsplanung und ggf. der Krankenhausplanung?</i></p> <p>Bitte verwenden Sie hierfür ein neutrales Blatt und legen es dem Antrag bei.</p>
2.4 Eigenbeitrag- Was bringe Sie und Ihre Partner/innen selbst ein?	<p><i>Welche finanziellen oder personellen Ressourcen stehen Ihnen zur Verfügung?</i></p> <p>Bitte verwenden Sie hierfür ein neutrales Blatt und legen es dem Antrag bei.</p>

3. Kosten- und Finanzierungsplan

<p>3.1 Kosten- und Finanzierungsplan für den geplanten Förderzeitraum</p> <p><i>Bitte reichen Sie einen entsprechenden Kosten- und Finanzierungsplan für den beantragten Förderzeitraum schriftlich ein. Bitte legen Sie Ihre Wirtschaftlichkeitsrechnung bzw. Angaben zur Höhe und zur Finanzierung der durch das Projekt ausgelösten Folgekosten (insbesondere betriebswirtschaftliche Kosten und Kapitalfolgekosten) dar.</i></p>	
<p>3.2 Erläuterung des Kosten- und Finanzierungsplans (<i>Gesamtausgaben = Gesamteinnahmen</i>)</p>	
Personalkosten	
Sachkosten	
Investitionskosten	
Sonstiges	
Gesamtausgaben	
Eigenmittel	
Beteiligung Dritter*	
Erwartete Erlöse	
Gesamteinnahmen	

**Bitte geben Sie an, wer außerdem noch Mittel für dieses Projekt bereitstellt. Legen Sie ggf. die verbindliche Förderzusage dem Antrag bei.*

4. Anlagen

Folgende Angaben sind dem Antrag beigelegt bzw. werden nachgereicht:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ausführliche Projektbeschreibung | <input type="checkbox"/> liegt dem Antrag bei | <input type="checkbox"/> wird nachgereicht |
| <input type="checkbox"/> Kosten- und Finanzierungsplan | <input type="checkbox"/> liegt dem Antrag bei | <input type="checkbox"/> wird nachgereicht |
| <input type="checkbox"/> Sontiges | | |

ggf. weitere Anlagen / Unterlagen

(z.B. Stellungnahme des Datenschutzverantwortlichen, Votum der Ethikkommission,...)

Erklärung zu den gemachten Angaben

Die/der Antragsteller/in erklärt/erklären, dass

- Ihm/ihr/ihnen bekannt ist, dass wissentlich oder fahrlässig gemachte Angaben und Erklärungen eine Rücknahme des Zuwendungsbescheids zur Folge haben können;
- Er/sie damit einverstanden sind, dass vorstehende Daten erhoben, elektronisch gespeichert und verarbeitet werden und im Falle einer Förderung eine Kurzdarstellung des Projekts öffentlich gemacht wird;
- Er/sie damit einverstanden ist/sind, im Falle einer Förderung, die für eine Projektevaluation bzw. Gesamtevaluation benötigten Daten zur Verfügung zu stellen.
- Er/ sie versichert die Richtigkeit und Vollständigkeit seiner/ihrer Angaben im Antrag und in den Anlagen.

Ort, Datum:

Rechtsverbindliche Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin:

Bitte im Original unterschreiben