



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 durch einfaches „Ankreuzen“ beantworten. Darüber hinausgehende, projektrelevante Angaben sollten aussagekräftig, dabei kurz und prägnant gehalten werden.

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

Main-Kinzig-Kreises
Gesundheitsamt
Kordinatorin für die ärztliche Versorgung im Main-Kinzig-Kreis
Julia Fock
Barbarossastr. 24
63571 Gelnhausen
julia.fock@mkk.de
Tel.: 06051 85-11554
Fax: 06051 85-911554

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

1. Basisinformationen zum geplanten Projekt (Stichpunkte)

1.1 Fördermaßnahme <i>Bitte die zutreffende Fördermaßnahme ankreuzen</i>	<input type="checkbox"/> Gründung einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) <input type="checkbox"/> Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums <input type="checkbox"/> Gründung/Übernahme einer Einzelpraxis <input type="checkbox"/> Gründung einer Zweigpraxis <input type="checkbox"/> Anstellung einer Ärztin/eines Arztes <input type="checkbox"/> Ausbildung zur Nicht-ärztlichen Praxisassistentin (NäPa) <input type="checkbox"/> (Um-)Bauvorhaben (zb. Gebäudeanbau, Barrierefreiheit, etc.) <input type="checkbox"/> Renovierung/Erneuerung der Praxisräume und/der Praxisausstattung <input type="checkbox"/> Anschaffung von neuen medizinischen Geräten <input type="checkbox"/> Sonstiges Vorhaben _____
1.2 Projektort/ Maßnahmenort	
1.3 Projektbeginn	
1.4 Projektende	
1.5 Angaben zum Antragsteller/in	
Institution	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ	
Ort	
Telefon	
Fax	
E-Mail	
Website	
Träger	

1.6 Angaben zum Verantwortliche(r) Ansprechpartner/in falls abweichend vom Antragsteller	
Institution	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ	
Ort	
Telefon	
Fax	
E-Mail	
Website	
Träger	
1.7 Projektpartner/in aus weiteren Einrichtungen	

2. Projektbeschreibung/ Antragsdaten

<p>2.1 Projektbeschreibung</p> <p><i>Bitte beschreiben Sie Ihr Vorhaben</i></p>	
<p>2.2 Ziele</p> <p><i>Was wollen Sie mit Ihrem Projekt erreichen? Welcher Mehrwert entsteht für die Patientenversorgung?</i></p>	
<p>2.3 Nutzen des Projekts im Sinne des Gegenstands der Förderrichtlinie</p> <p><i>Inwieweit stellt ihr Projekt eine Neuerung/Verbesserung gegenüber bestehenden Ansätzen dar, um den Strukturwandel im Gesundheitssystem zu bewältigen?</i></p> <p><i>Inwieweit kann Ihr Projekt Versorgungsdefizite bzw. eine Verschlechterung in der ambulanten medizinischen Versorgung abwenden?</i></p>	

3. Kosten- und Finanzierungsplan

3.1 Kosten- und Finanzierungsplan für den geplanten Förderzeitraum

Bitte reichen Sie einen entsprechenden Kosten- und Finanzierungsplan für den beantragten Projektzeitraum 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.

3.2 Erläuterung des Kosten- und Finanzierungsplans (Gesamtausgaben = Gesamteinnahmen)

Personalkosten (nur bei Anstellung eines weiteren Arztes/Ärztin)	
Sach- und 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"/> Genehmigungen vom Zulassungsausschuss
<input type="checkbox"/> Arbeitsvertrag für die/den angestellte/n Ärztin/Arzt
<input type="checkbox"/> Kosten- und Finanzierungsplan
<input type="checkbox"/> Kostenvoranschläge
<input type="checkbox"/> Sonstiges
ggf. weitere Anlagen / Unterlagen

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 ist/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.
- Er / sie mit dem Projektvorhaben noch nicht begonnen hat.
- Er / sie die aktuell gültige Förderrichtlinie gelesen hat. Die Zuwendung ist zurückzuzahlen, wenn die förderfähige Maßnahme nicht mindestens für zwei Jahre ausgeübt wird.

Ort, Datum:

Rechtsverbindliche Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin:

Bitte im Original unterschreiben

Stand 01.02.2020