

**Antragsformular zur**

**„Richtlinie zur Förderung der Niederlassung von Ärzten und Psychotherapeuten im Landkreis Oldenburg“**

Landkreis Oldenburg  
 Der Landrat  
 Gesundheitsamt  
 Delmenhorster Str. 6  
 27793 Wildeshausen

Eingang:
----------

Ich beantrage die Gewährung einer Förderung im Rahmen der „Richtlinie zur Förderung der Niederlassung von Ärzten und Psychotherapeuten im Landkeis Oldenburg“.

1. Angaben zum/zur Antragstellenden Person	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort
Anschrift	
Telefon / Mobil	E-Mail
Bankverbindung	IBAN
	BIC
	Bank

2. Angaben zum Fördergegenstand			
Ich beantrage die Förderung für folgende Maßnahme:			
<input type="checkbox"/> Neuniederlassung			
<input type="checkbox"/> Gründung einer Zweigpraxis			
<input type="checkbox"/> Übernahme eines Vertragsarztsitzes // <input type="checkbox"/> zusätzlicher Sitz in einer bestehenden Praxis:			
(Name Praxisinhaber/in bei Übernahme)			
als:			
(Fachgebietsanerkennung lat. Urkunde)			
Teilnahme an:	<input type="checkbox"/> hausärztlicher Versorgung	persönlicher Stundenumfang:	<input type="checkbox"/> voller Versorgungsauftrag
	<input type="checkbox"/> fachärztlicher Versorgung		<input type="checkbox"/> hälftiger Versorgungsauftrag
	<input type="checkbox"/> psychotherapeutischer Versorgung		<input type="checkbox"/> anderer Stundenumfang:
Ort der Niederlassung: (vollständige Anschrift)			Tag der Praxiseröffnung/ Sitzübernahme:
	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis	<input type="checkbox"/> Sonstige:	
	<input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis		
	<input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft		

### 3. Anlagen

Folgende Unterlagen sind diesem Antrag beigelegt:

- Die Kopie der zulassungsrechtlichen Entscheidung über die vertragsärztliche- bzw. vertragspsychotherapeutische Tätigkeit
  - ist beigelegt.
  - wird nachgereicht.
- Erklärung A – Erklärung zu den gemachten Angaben
- Erklärung B – Subventionsrechtliche Angaben
- Erklärung C – De-minimis-Erklärung der antragstellenden Person
- Erklärung D – Verpflichtungen der antragstellenden Person

Weitere Unterlagen:

- Die „Richtlinie zur Förderung der Niederlassung von Ärzten und Psychotherapeuten im Landkreis Oldenburg“ habe ich zur Kenntnis genommen.
- Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben.
- Die online zur Verfügung gestellten Informationen zum Datenschutz des Landkreises Oldenburg habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift

### Erklärung A – Erklärung zu den gemachten Angaben

Die antragstellende Person erklärt, dass

- mit der Niederlassung noch nicht begonnen wurde und auch noch nicht vor Bekanntgabe des Zuwendungsbescheides begonnen wird;  
 für den Fall, dass bis zum beantragten Maßnahmebeginn (Niederlassung, Gründung einer Zweigpraxis) keine abschließende Förderentscheidung getroffen werden kann, wird die Zustimmung zum vorzeitigen Maßnahmebeginn beantragt.
- Änderungen der Angaben unverzüglich dem Landkreis Oldenburg, Abteilung Gesundheitsregion, unter der E-Mail-Adresse [gesundheitsregion@oldenburg-kreis.de](mailto:gesundheitsregion@oldenburg-kreis.de) mitgeteilt werden.
- ihr bekannt ist, dass vorsätzlich oder fahrlässig unrichtig oder unvollständig gemachte Angaben und Erklärungen sowie das vorsätzliche oder fahrlässige Unterlassen einer Mitteilung über Änderungen in diesen Angaben eine Rücknahme des Zuwendungsbescheides zur Folge haben können;
- sie damit einverstanden ist, dass vorstehende Daten erhoben, elektronisch gespeichert und verarbeitet werden.

Ort, Datum

Unterschrift

**Erklärung B – Suventionsrechtliche Angaben**

Subventionsrechtliche Tatsachen im Rahmen des Zuwendungsverfahrens „Förderung der Niederlassung von Ärzten und Psychotherapeuten im Landkreis Oldenburg“.

- Die antragstellende Person ist unterrichtet, dass die Angaben im Antrag und in den Anlagen für die Gewährung bzw. Rückforderung der Zuwendung von Bedeutung und somit subventionserheblich im Sinne des § 264 Strafgesetzbuch sind.
- Die antragstellende Person ist hiermit auf die Bestimmungen des Subventionsgesetzes vom 29.07.1976 in Verbindung mit § 1 des Niedersächsischen Subventionsgesetzes vom 22.06.1977 hingewiesen worden.

Ort, Datum

Unterschrift

<b>Erklärung C – De-minimis-Erklärung der antragstellenden Person</b>
<p>im Sinne der EU-Gruppenfreistellungsverordnung für De-minimis-Beihilfen</p> <p>Hiermit bestätigt die antragstellende Person, dass sie im laufenden Kalenderjahr sowie in den vorangegangenen zwei Kalenderjahren</p> <p><input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> folgende (s. unten)</p> <p>De-minimis-Beihilfen im Sinne der Verordnung (EU) Nr. 1407/2013 der Kommission vom 18.12.2013 über die Anwendung des Artikel 107 und 108 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union auf De-minimis-Beihilfen, Amtsblatt der EU L 352 vom 24.12.2013, S. 1 ff., erhalten hat.</p>

**De-minimis-Beihilfen in den vergangenen zwei Kalenderjahren:**

<b>Datum des Bewilligungsbescheides/-zusage</b>	<b>Beihilfegeber</b>	<b>Aktenzeichen</b>	<b>Fördersumme in Euro</b>	<b>Subventionsbetrag in Euro (brutto)</b>

<p>Der antragstellenden Person ist bekannt, dass</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• die Gesamtsumme der gewährten De-minimis-Beihilfen in einem Zeitraum von drei Steuerjahren 200.000,00 Euro nicht übersteigen darf;</li><li>• die vorstehenden Angaben subventionserheblich im Sinne des § 264 Strafgesetzbuch in Verbindung mit § 3 Subventionsgesetz sind.</li></ul> <p>Die antragstellende Person verpflichtet sich, Änderungen der vorgenannten Angaben unverzüglich an die Bewilligungsbehörde zu übermitteln, sofern sie ihr vor der Bewilligung der beantragten Zuwendung bekannt werden.</p>
--

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Erklärung D – Verpflichtungen der antragstellenden Person

Die antragstellende Person verpflichtet sich,

- die ärztliche und psychotherapeutische Tätigkeit innerhalb von sechs Monaten nach der zulassungsrechtlichen Entscheidung aufzunehmen;
- bei einer Niederlassung bzw. Gründung einer Zweigpraxis die ärztliche bzw. psychotherapeutische Tätigkeit für die Dauer von fünf Jahren auszuüben (im Falle der Filialbildung im Umfang von mindestens zehn Stunden pro Woche an mehreren Tagen in der Zweigpraxis).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Presse und Öffentlichkeitsarbeit

Die antragstellende Person erklärt, dass sie

- einer Veröffentlichung der beantragten Maßnahme zustimmt;
- bereit ist, in individueller Absprache an medienwirksamen Terminen persönlich teilzunehmen;
- einverstanden ist, dass ihre Kontaktdaten im Rahmen von Presseanfragen weitergegeben werden und sie für diese Anfragen grundsätzlich zur Verfügung steht.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift