

Antrag

Auf Gewährung einer Zuwendung der Ortsgemeinde Miehlen nach der Förderrichtlinie zur Förderung der hausärztlichen Versorgung.

Zuwendung an angestellte Ärztinnen und Ärzte

1. Antragsteller

1.1 Name, Vorname	
1.2 Geburtsdatum	
1.3 Anschrift	
1.4 Telefonnummer	
1.5 E-Mail	
1.6 Bankverbindung	IBAN: BIC: Kontoinhaber:



2. Antragsdaten

2.1 Ich beantrage eine Zuwendung nach der Förderrichtlinie hausärztliche Versorgung als Zuschuss zur Anstellung einer Ärztin bzw. eines Arztes

2.2 Arbeitsort und Arbeitgeber

Anschrift in Miehlen, wo das Anstellungsverhältnis durchgeführt werden soll:

.....

Angaben zum Anstellungsträgers:

Name/ Bezeichnung:

Anschrift:

2.3 Stundenumfang des Anstellungsverhältnisses

Die Anstellung wird in

Vollzeit(40 Stunden)

Teilzeit mit einem Stundenanteil von.....Stunden pro Woche absolviert

Beginn des Anstellungsverhältnisses:



3. Persönliche Erklärungen/ Verpflichtungen

3.1 Ich erkläre,

- dass ich alle Angaben in diesem Antrag, von denen die Bewilligung, Gewährung, Weitergewährung oder das Belassen der Zuwendung abhängig ist, gewissenhaft und vollständig gemacht habe,
- dass die Tätigkeit noch nicht aufgenommen wurde,
- dass im laufenden und in den letzten beiden Steuerjahren die Gesamtsumme der mir gewährten „De-minimis“-Beihilfen nicht 200.000 Euro übersteigt (Verordnung –EU -Nr. 1407/2013 der Kommission vom 18.12.2013 über die Anwendung der 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),
- dass ich davon Kenntnis genommen habe, dass bei Abweichung von allen Angaben in diesem Antrag, von denen die Bewilligung, Gewährung, Weitergewährung oder das Belassen der Zuwendung abhängig ist, zu Rückforderungen führen kann.

3.2 Ich verpflichte mich,

- für die Dauer des in der o. g. Richtlinie festgelegten Zeitraumes (Nummer 5) in der genannten Gebietskörperschaft an der hausärztlichen Versorgung durch eine angestellte Ärztin bzw. einen angestellten Arzt teilzunehmen,
- eine Beendigung des Angestelltenverhältnisses unverzüglich der Bewilligungsbehörde anzuzeigen.

3.3 Ich erkläre mich damit einverstanden,

- dass die Angaben zum Zwecke einer zügigen Bearbeitung des Antrages sowie zu statistischen Zwecken gespeichert werden,
- dass die Bewilligungsbehörde am Ende des Förderzeitraums Auskünfte über die Einhaltung der Bindungsdauer bei der Kassenärztlichen Vereinigung einholt,
- dass die Bewilligungsbehörde oder deren Aufsichtsbehörden Nachweise einsehen können, die unmittelbar die Förderrichtlinie betreffen (insbesondere Arbeitsvertrag und Gehaltsabrechnungen).

4. Beigefügte Anlagen (bitte ankreuzen)

Bescheid über die Anstellung einer Ärztin/ eines Arztes

Kopie Arbeitsvertrag

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)

