



**Förderantrag Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1a Satz 6 SGB**

Kassenzahnärztliche Vereinigung  
Mecklenburg-Vorpommern  
Wismarsche Straße 304  
19055 Schwerin

E-Mail: sekretariat@kzvmv.de

**Antrag auf Förderung einer Maßnahme gem. der Förderrichtlinie der KZV M-V zur Verwendung der Mittel des Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1a Satz 6 SGB V**

**Antragssteller / in**

Titel / Vorname / Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum / -ort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**1) Ich beantrage die Förderung der**

Gründung  Übernahme

einer

Einzelpraxis  BAG  Zweigpraxis

mit folgendem Versorgungsauftrag:  voll  hälftig

Praxisanschrift: .....

ggf. KZV M-V-Abrechnungsnummer: .....

ggf. Zahnarztnummer: .....

## 2) Ich beantrage die Förderung der

- Anstellung einer Zahnärztin / eines Zahnarztes
- Beschäftigung einer Weiterbildungsassistentin / eines Weiterbildungsassistenten
- Beschäftigung einer Vorbereitungsassistentin / eines Vorbereitungsassistenten

in meiner Praxis mit einem genehmigten wöchentlichen Tätigkeitsumfang von: \_\_\_\_\_ Stunden

Praxisanschrift: .....

KZV M-V-Abrechnungsnummer: .....

Zahnarztnummer: .....

## 3) Ich beantrage die Förderung als angestellte / r oder beschäftigte / r

- Zahnärztin / Zahnarzt
- Weiterbildungsassistentin / Weiterbildungsassistent
- Vorbereitungsassistentin / Vorbereitungsassistent

mit einem genehmigten wöchentlichen Tätigkeitsumfang von: \_\_\_\_\_ Stunden

in der Praxis: .....

KZV M-V-Abrechnungsnummer: .....

Zahnarztnummer: .....

4) Geplanter Beginn der beantragten Fördermaßnahme: \_\_\_\_\_

## 5) Einwilligung

Ich willige ein, dass die KZV M-V die für die Bearbeitung dieses Antrages notwendigen Daten erhebt, speichert und verarbeitet. Die unterschriebene Einwilligung zur Datenverarbeitung („Anlage zum Förderantrag“) ist beigelegt, das dazugehörige Informationsblatt habe ich zur Kenntnis genommen.

## 6) Änderungsmitteilungen

Alle Änderungen, die die Förderung nach diesem Antrag betreffen, werde ich umgehend der KZV Mecklenburg-Vorpommern mitteilen.

## 7) Hiermit erkläre ich:

Mir ist bekannt, dass

- a. Grundlage für den Förderbetrag die Förderrichtlinie der KZV M-V zur Verwendung der Förderrichtlinie zur Verwendung der Finanzmittel nach § 105 Abs. 1a Satz 6 SGB V (Strukturfonds) in der zum Zeitpunkt der Antragsstellung gültigen Fassung ist.
- b. die Anträge in der Reihenfolge ihres Eingangs bei der KZV M-V bewilligt werden, wenn die jährlich für diese Förderung bereitgestellten Fördermittel nicht ausreichen, um alle eingegangenen Anträge zu bewilligen (berücksichtigt werden nur vollständig eingegangene Anträge).
- c. die Auszahlung des Zuschusses voraussetzt, dass der Förderungsempfänger die vertragszahnärztliche Tätigkeit bzw. vertragszahnärztliche Assistententätigkeit in dem Gebiet gemäß Förderbescheid aufgenommen hat. Der Förderempfänger muss nach der Zulassung bzw. der Genehmigung fünf Jahre im Fördergebiet vertragszahnärztlich tätig sein (Bindungsfrist). Wird die geförderte Tätigkeit im Fördergebiet vorzeitig aufgegeben, ist der Förderungsempfänger zur anteiligen Rückzahlung für jeden vollen Monat vor Ablauf der Bindungsfrist verpflichtet; die Förderung von Assistenten endet sofort. Bei Härtefällen kann der Vorstand der KZV M-V auf Antrag über die Rückzahlungshöhe entscheiden.
- d. dass eine Förderung der Niederlassung bzw. Praxisübernahme durch die KZV M-V oder einer anderen KZV in den vergangenen 5 Jahren ein Ausschlusskriterium für eine erneute Förderung der Niederlassung bzw. Praxisübernahme darstellt.
- e. dass eine Förderung der Niederlassung bzw. Praxisübernahme ausgeschlossen ist, wenn der Antragsteller / die Antragstellerin bereits im Fördergebiet niedergelassen ist bzw. innerhalb der letzten zwei Jahre niedergelassen war.

Die Nachweise lt. Förder-RL sind beigelegt, die KZV behält sich vor, weitere Nachweise einreichen zu lassen.

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift, ggf. Praxisstempel

**Die Antragstellung kann sowohl vor als auch bis spätestens 3 Monate nach Erteilung der Zulassung bzw. der Ermächtigung der Zweigpraxis oder der Genehmigung des Anstellungs- bzw. Ausbildungsverhältnisses erfolgen. Maßgeblich ist jeweils das Datum der Sitzung des Zulassungsausschusses bzw. die Genehmigung durch den Vorstand der KZV M-V.**

**Die Bewilligung der Förderung erfolgt durch einen Förderbescheid der KZV M-V. Ein Rechtsanspruch auf Förderung besteht nicht. Die Versteuerung der Fördersumme obliegt dem Antragsteller.**