



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 ist beige-fügt, das dazugehörige Informationsblatt habe ich zur Kenntnis genommen.

6) Bankverbindung für die Auszahlung der Förderung

Name der Bank: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Name des Empfängers: _____

7) Änderungsmitteilungen

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

8) 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.

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.

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.