



Landkreis Cuxhaven
Amt Strategische Sozialplanung
Vincent-Lübeck-Str.2
27474 Cuxhaven

Antrag auf Gewährung einer Zuwendung nach der Richtlinie auf Förderung der Niederlassung von Hausärztinnen und Hausärzten im Landkreis Cuxhaven

Dieses Förderprogramm wird mit Haushaltsmitteln der Städte Cuxhaven und Geestland, der Samtgemeinden Börde Lamstedt, Hemmoor und Land Hadeln sowie der Gemeinden Beverstedt, Hagen im Bremischen, Loxstedt, Schiffdorf, Wurster Nordseeküste und des Landkreises Cuxhaven ausgestattet.

1. Antragsteller/Antragstellerin	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift	
Telefonnummer	
E-Mail	
Bankverbindung	IBAN: BIC: Bank:

2 . Antragsdaten

2.1. Ich beantrage eine Zuwendung nach Nr. 4 der Förderrichtlinie.

2.2. Die Niederlassung /Anstellung erfolgt als:

- Hausärztin/Hausarzt (Allgemeinmediziner/in / hausärztliche/r Internist/in)
 Fachärztin/Facharzt im Fachgebiet _____
- als Vollzulassung oder
 Teilzulassung

mit _____ Stunden /Sprechstunden in der Woche

2.3. Benennung des Vertragsarztsitzes / Zweigpraxisstandortes

Straße/Hausnummer: _____

PLZ /Ort: _____

2.4.1 Die Zuwendung wird beantragt (bitte ankreuzen) für die:

- Übernahme eines bestehenden Arztsitzes
 Neuerrichtung eines Arztsitzes
 Anstellung einer Ärztin/eines Arztes (Vor- und Zuname:)
 Gründung einer Zweigpraxis
 Bildung einer Gemeinschaftspraxis

2.4.2 Im Rahmen dieser Maßnahme investiere ich in Einrichtung/Maschinen:

- ja, ca. _____ €
 nein

2.4.3 Bei Übernahme eines bestehenden Arztsitzes:

- das Objekt / die Räumlichkeiten werden gekauft
 eine monatliche Pacht / Miete wird gezahlt

2.5. Anzahl der entstehenden / übernommenen Dauerarbeitsplätze (zusätzlich zur ärztlichen Tätigkeit):

_____ Vollzeitstellen

_____ Teilzeitstellen mit durchschnittlich _____ Wochenstunden

Familienbedingte Teilzeitarbeit oder flexible Jahresarbeitszeitkonten sind möglich:

- ja nein

2.6. Zertifizierung als Teil des Verbundes für Familie und Beruf liegt vor:

- ja nein

2.7. Die förderfähige Maßnahme erfolgt zum (bitte Datum angeben) :

3. Persönliche Erklärung / Verpflichtungen:

3.1. Ich erkläre, dass

- **ich alle Angaben in diesem Antrag gewissenhaft und vollständig gemacht habe,**
- **mit der Maßnahme noch nicht begonnen wurde und auch vor Erhalt des Zuwendungsbescheides nicht begonnen wird, jede Abweichung der vorstehenden Angaben unverzüglich dem Landkreis Cuxhaven mitzuteilen ist,**
- **ich einverstanden bin, dass diese Angaben zum Zweck der zügigen Bearbeitung des Antrages sowie in anonymisierter Form zur statistischen Auswertung und Erfolgskontrolle der Richtlinie gespeichert werden.**

Ort, Datum

Unterschrift

Folgende Anlagen sind diesem Antrag beigelegt:

- Ausweiskopie (im Falle der Anstellung zusätzlich die der/des anstellenden bzw. anzustellenden Ärztin/Arztes)
- De-Minimis-Erklärung
- Sofern bereits vorhanden, Zulassung der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen