



Anschrift/Stempel der/des Antragstellenden
→ bei Kooperationsvorhaben (BAG/MVZ)¹ bitte ggf. auf dem
Zusatzblatt die Daten aller Partnerinnen/Partner ergänzen

Bitte in einfacher Ausfertigung postalisch einreichen!

Stuttgart, _____

Kontakt Antragstellende(r)
Telefon _____

E-Mail _____

Bankverbindung Antragstellende(r)
Name der Bank _____

IBAN _____

BIC _____

Steuernummer _____

Zahlung erfolgt auf ein Privatkonto

ja nein

Landeshauptstadt Stuttgart
Gesundheitsamt (53-5.116)
Schloßstraße 91
70176 Stuttgart

Antrag auf Gewährung einer städtischen Zuwendung für die Verbesserung der kinder- und jugendärztlichen Versorgung in der Landeshauptstadt Stuttgart

Allgemeine Angaben zur/zum Antragstellenden¹

Titel	Vor- und Zuname
Geburtsdatum	Approbation seit
Aktuelle Tätigkeit	

Beantragung der Förderung für die

Anstellung der Pädiaterin/des Pädiaters

Titel	Vor- und Zuname
Geburtsdatum	

Die Tätigkeit der/des Angestellten erfolgt in meiner (Mehrfachnennung möglich)

Hauptbetriebsstätte
Straße, Hausnummer

Nebenbetriebsstätte
Straße, Hausnummer

Zweigpraxis
Straße, Hausnummer

¹ Bei Kooperationsvorhaben (Berufsausübungsgemeinschaft - BAG oder Medizinisches Versorgungszentrum - MVZ) bitte die Daten aller Antragstellenden ggf. auf dem Zusatzblatt ergänzen!

Übernahme der Vertragsarztpraxis der Pädia-terin/des Pädia-ters

Titel

Vor- und Zuname

Meine Tätigkeit erfolgt zukünftig in der (Mehrfachnennung möglich)

Hauptbetriebsstätte:

Straße, Hausnummer

Nebenbetriebsstätte:

Straße, Hausnummer

Zweigpraxis:

Straße, Hausnummer

Neugründung meiner/meines/unserer/unseres

Einzelpraxis

Straße, Hausnummer

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)¹

Straße, Hausnummer

Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)¹

Straße, Hausnummer

Nebenbetriebsstätte

Straße, Hausnummer

Zweigpraxis

Straße, Hausnummer

Fusion unserer ursprünglichen Praxen¹

Straße, Hausnummer

Straße, Hausnummer

Straße, Hausnummer

zu einer BAG in der

Straße, Hausnummer

zu einem MVZ in der

Straße, Hausnummer

Beitritt als Kooperationspartner/-in zu der BAG/dem MVZ

Name der Einrichtung

Straße, Hausnummer

¹ Bei Kooperationsvorhaben (Berufsausübungsgemeinschaft - BAG oder Medizinisches Versorgungszentrum - MVZ) bitte die Daten aller Antragstellenden ggf. auf dem Zusatzblatt ergänzen!

Beantragung der Zusatzförderung für die Errichtung einer Praxis in einem Stadtbezirk ohne bisherige pädiatrische Praxis
Stadtbezirk _____

Bitte beschreiben Sie kurz das Vorhaben:

Allgemeine Angaben zu dem Vorhaben

Geplante **Tätigkeitsaufnahme** ab dem _____
(Datum)

Bei einer/einem Antragstellenden bzw. einer Anstellung

Die Wochenarbeitszeit im Rahmen des geförderten Vorhabens beträgt _____ Stunden.

Bei Kooperationsvorhaben¹

Kooperationspartner/-in Vor- und Zuname	Wochenarbeitszeit Stunden
Kooperationspartner/-in Vor- und Zuname	Wochenarbeitszeit Stunden
Kooperationspartner/-in Vor- und Zuname	Wochenarbeitszeit Stunden

Mein/Unser Vorhaben wird am _____ im **Zulassungsausschuss** behandelt.

¹ Bei Kooperationsvorhaben (Berufsausübungsgemeinschaft - BAG oder Medizinisches Versorgungszentrum - MVZ) bitte die Daten aller Antragstellenden ggf. auf dem Zusatzblatt ergänzen!

Erklärung zu **De-minimis-Beihilfen**

Hiermit bestätige(n) ich/wir, dass ich/wir im laufenden Kalenderjahr sowie in den vorangegangenen zwei Kalenderjahren

keine anderen Beihilfen im Sinne der EU-Verordnungen für De-minimis-Beihilfen (Nr. 1407/2013, aktualisiert durch Nr. 2023/2831, Nr. 2023/2832, Nr. 1408/2013, Nr. 875/2007, Nr. 360/2012) **beantragt** oder **erhalten** habe(n).

folgende De-minimis-Beihilfen beantragt oder erhalten habe(n):

Datum der Bewilligung*	Zuwendungsgeber	Aktenzeichen des Zuwendungsgebers	Allgemeine De-minimis-Beihilfen	DAWI De-minimis-Beihilfen	Art der Beihilfe (Zuschuss, Darlehen usw.)	Subventionswert in Euro
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

* Für beantragte, aber noch nicht bewilligte Beihilfen hier **kein** Datum eintragen!

Mir/Uns ist bekannt, dass die Angaben subventionserheblich im Sinne von § 264 Strafgesetzbuch sind und dass ein Subventionsbetrug nach dieser Vorschrift strafbar ist. Ich verpflichte mich/Wir verpflichten uns, Ihnen unverzüglich Änderungen der voran genannten Angaben zu übermitteln, sobald mir/uns diese bekannt werden.

Hinweise zum Datenschutz

Zum Zwecke der Antragsprüfung und Bearbeitung sowie zur Bearbeitung des Förderverfahrens verarbeitet das Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Stuttgart (LHS) Ihre personenbezogenen Daten im Rahmen der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO).

Weitere Einzelheiten zum Datenschutz, insbesondere Informationen über Ihre Betroffenenrechte nach Art 12 ff. DSGVO können Sie auf der Homepage der LHS einsehen:

<https://www.stuttgart.de/datenschutz/gesundheitsamt-datenschutzinformationen.php>.

Diese Informationen können auf Anforderung in Papierform zur Verfügung gestellt werden.

Durch Ihre Unterschrift bei der Antragstellung bestätigen Sie die Kenntnisnahme der Datenschutz-Informationen und willigen in die Datenverarbeitung ein.

Allgemeine Hinweise zur Förderung

- Eine Förderung ist ausschließlich für Vorhaben mit einem Leistungsort in der Landeshauptstadt Stuttgart (LHS) möglich.
- Nach der Bewilligung des Antrags hat die/der Antragstellende/haben die Antragstellenden **zwölf Monate** Zeit, ihr/sein Vorhaben umzusetzen (**Umsetzungsfrist**).
- Im Falle einer Förderung einer Praxisneugründung oder Praxisübernahme (Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft, Medizinisches Versorgungszentrum, Zweigpraxis oder Nebenbetriebsstätte), verpflichtet sich die/der Förderberechtigte/verpflichteten sich die Förderberechtigten ab dem Zeitpunkt der Tätigkeitsaufnahme für **drei Jahre** im Fördergebiet zu praktizieren (**Bindungsfrist**). Innerhalb der LHS ist ein Umzug möglich. Falls eine zusätzliche Förderung für die Errichtung einer Praxis in einem Stadtbezirk ohne pädiatrischer Praxis geltend gemacht wurde und die Praxis in einen Stadtbezirk mit einer oder mehreren bereits vorhandenen pädiatrischen Praxen zieht, ist die/der Antragstellende/sind die Antragstellenden zu einer Rückzahlung der zusätzlichen Förderung i. H. v. 1/3 des zusätzlichen Förderbetrags für jedes volle Jahr vor Ablauf der Bindungsfrist verpflichtet.
- Wird die Praxis vor Ablauf der dreijährigen Bindungsfrist beendet, besteht gegenüber der LHS eine anteilige **Rückzahlungsverpflichtung** der erhaltenen Förderung i. H. v. 1/3 des Gesamtförderbetrags für jedes volle Jahr vor Ablauf der Bindungsfrist.
- Die Förderung erfolgt als **Anschubfinanzierung** durch Erstattung der tatsächlich entstandenen notwendigen Kosten, welche durch die **Einreichung der Originalrechnungen** belegt werden. Laufende Kosten (Miete oder Leasingkosten) können nicht übernommen werden.
- Eine **rückwirkende Förderung** (Antragstellung nach Aufnahme der Tätigkeit) ist **ausgeschlossen**.
- Der Anspruch auf die Auszahlung der bewilligten Förderung erlischt, wenn die im Zusicherungsschreiben angegebene Umsetzungsfrist nicht eingehalten wird.
- Soweit mehr entscheidungsreife Anträge als verfügbare Fördermittel zur Verfügung stehen, wird eine Auswahlentscheidung hinsichtlich der potentiell bestmöglichen Versorgungsverbesserung getroffen.
- Für die **Anstellung** einer Pädiaaterin/eines Pädiaaters kann eine Förderung von 10.000 Euro beantragt werden. Die Förderung ist für Sicherstellungsassistentinnen/-assistenten, Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung oder Jobsharing-Partner/-innen ausgenommen. Zur Inanspruchnahme der Förderung muss der Leistungsort in Stuttgart sein.
- Für die **Übernahme oder Neugründung einer Einzelpraxis** kann eine Förderung von 40.000 Euro beantragt werden.
- Für die **Übernahme oder Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft** oder einem **Medizinischen Versorgungszentrum** kann eine Förderung von 80.000 Euro beantragt werden.
- Für die **Errichtung einer Zweigpraxis** oder Fortführung einer Praxis als Zweigpraxis kann eine Anschubfinanzierung von 20.000 Euro beantragt werden.
- Für die **Fusion** von Einzelpraxen zu einer Berufsausübungsgemeinschaft/zu einem Medizinischen Versorgungszentrum bzw. zu dem Beitritt zu einer ärztlichen Kooperation kann pro Vorhaben einmalig eine Förderung von 20.000 Euro beantragt werden.

Die im Antrag gemachten Angaben sind vollständig und richtig.

(Ort, Datum)

(rechtsverbindliche Unterschriften¹)

(Name(n) in Druckbuchstaben¹)

¹ Bei Kooperationsvorhaben (Berufsausübungsgemeinschaft - BAG oder Medizinisches Versorgungszentrum - MVZ) bitte die Daten aller Antragstellenden ggf. auf dem Zusatzblatt ergänzen!