

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
Team Nachwuchsförderung und Fördermaßnahmen
Robert-Schimrigk-Str. 4-6
44141 Dortmund
Mail: praxisstart@kvwl.de

Antrag – auf Gewährung einer Fördermaßnahme nach der Sicherstellungsrichtlinie der KVWL

1. Antragsteller (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

| | |
|--|--|
| (Titel), Name, Vorname | |
| LANR (optional) | |
| Geburtsdatum | |
| Facharztbezeichnung oder vrsl. Datum FA-Prüfung | |
| Anschrift | |
| Festnetz / Mobil | |
| E-Mail | |

Die Antragstellung erfolgt für

- den Antragsteller persönlich
- den folgenden beim Antragsteller tätigen Facharzt

| | |
|--|--|
| (Titel), Name, Vorname | |
| LANR (optional) | |
| Geburtsdatum | |
| Facharztbezeichnung oder vrsl. Datum FA-Prüfung | |

2. Förderstandort

| | |
|-----------------|--|
| Förderstandort: | |
|-----------------|--|

Eine Übersicht der aktuellen Förderstandorte finden Sie unter
<https://www.kvwl.de/arzt/sicherstellung/nachwuchs/index.htm>

| | |
|----------------------|--|
| (geplante) Anschrift | |
| Tätigkeitsaufnahme | |

3. Die Förderung wird beantragt zu folgendem Zweck:

| | | |
|--------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Praxisübernahme: (Name) | |
| <input type="checkbox"/> | Neugründung einer Praxis | |
| <input type="checkbox"/> | Einstieg in eine Gemeinschaftspraxis | |
| <input type="checkbox"/> | Anstellung eines Arztes | |
| <input type="checkbox"/> | Einrichtung einer Zweigpraxis | |

4. Umfang der geplanten Tätigkeit

| Zulassung | | Anstellung | |
|--------------------------|-------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Faktor 1,0 | <input type="checkbox"/> | Faktor 1,0 (über 30 Std./ Woche) |
| <input type="checkbox"/> | Faktor 0,75 | <input type="checkbox"/> | Faktor 0,75 (über 20 bis 30 Std./ Woche) |
| <input type="checkbox"/> | Faktor 0,5 | <input type="checkbox"/> | Faktor 0,5 (über 10 bis 20 Std./ Woche) |
| | | <input type="checkbox"/> | Faktor 0,25 (bis zu 10 Std./ Woche) |

5. Ich/Wir beantrage/n folgende Fördermaßnahme:

Pro Förderfall kann nur eine Fördermaßnahme beantragt werden. Bitte wählen Sie eine Fördermaßnahme. Ein Rechtsanspruch auf Gewährung einer Förderung besteht nicht.

| | | |
|--------------------------|-----------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Praxisdarlehen | Je nach Umfang der Tätigkeit bis zu 60.000 EUR, Tilgung mit 0,5 Prozent pro Monat, nach drei Jahren vertragsärztlicher Tätigkeit im Fördergebiet Erlass der Restschuld. |
| oder | | |
| <input type="checkbox"/> | Umsatzgarantie | Je nach Umfang der Tätigkeit bis zu 50.000 EUR Zuschuss zum erwirtschafteten Honorar über vier Quartale (bis zum Erreichen des Fachgruppenschnitts, maximale Fördersumme pro Quartal vorgegeben). |
| oder | | |
| <input type="checkbox"/> | Kostenzuschuss | 25.000 EUR für die Gründung einer Zweigpraxis in einem Fördergebiet; ggf. zusätzlicher Gehaltszuschuss bis zu 12 Monate für die Anstellung eines Arztes ab 63 Jahren in dieser Zweigpraxis. |

Nähere Informationen zu den möglichen Fördermaßnahmen finden Sie in der Sicherstellungsrichtlinie der KVWL unter folgendem Link:

Sicherstellungsrichtlinie der KVWL gültig ab 1. Januar 2021

<https://www.kvwl.de/wir/selbstverwaltung/bekanntmachung/sicherstellung/sicherstellungsrichtlinie.pdf>

Nach Antragseingang setzen wir uns kurzfristig mit Ihnen in Verbindung.

Bei Fragen können Sie uns unter der Rufnummer: **0231/94 32 94 02** oder per E-Mail: **praxisstart@kvwl.de** kontaktieren.

Ort, Datum

Unterschrift