



Landkreis Hof
wir sind Heimat

Stand: 01.Oktober 2018

Landratsamt Hof
Gesundheitsregion Plus Stadt und Landkreis Hof
Schaumbergstr. 14
95032 Hof

Antragsformular für das Förderprogramm
Vergabe von Stipendien zur Verbesserung der medizinischen Versorgung im Raum Hof
Förderprogramm des Landkreises Hof

Hinweise zum Ausfüllen

1. Füllen Sie bitte das Antragsformular in den vorgesehenen Feldern sowie die Erklärungen A und B vollständig aus.
2. Senden Sie das ausgefüllte Formular als Mail-Anhang vorab mit einem eindeutigen Dateinamen in folgender Form **JJJJ-MM-TT_Stip_Nachname_Vorname** an die E-Mail-Adresse: **gesundheitsregionenplus@landkreis-hof.de**
Beispiel: 2019-02-01_Stip_Mustermann_Max

Eine abschließende Bewertung Ihres Antrags setzt voraus, dass alle Unterlagen vollständig vorliegen.

Für Rückfragen wenden Sie sich bitte an die Gesundheitsregion Plus Stadt und Landkreis Hof: **Tel.: (0 92 81) 57-407; E-Mail: gesundheitsregionenplus@landkreis-hof.de**

Hinweis: Alle Angaben beziehen sich sowohl auf die männliche als auch auf die weibliche Form. Zur besseren Lesbarkeit wird lediglich die männliche Form verwendet.

1. Basisinformationen

1.1 Antragsteller	
Anrede / Akademischer Grad	
Vorname / Name	
Geburtsdatum	
Staatsangehörigkeit	
Straße / Hausnummer	
PLZ / Ort	
Bundesland	
Telefon / Handy	
E-Mail	

1.2 Studium	
Hochschule	
Studiengang / Studienbeginn	
Aktuelles Fachsemester	
Unterbrechung / Verzögerung im Studienverlauf	
Datum der Ärztlichen Prüfung - erster Abschnitt	
Vsl. Semester der Ärztlichen Prüfung – Zweiter Abschnitt	
Vsl. Semester der Ärztlichen Prüfung - Dritter Abschnitt	

1.3 Fachärztliche Weiterbildung / Ärztliche Tätigkeit	
Angestrebte Facharztbezeichnung	
Vsl. Ort der fachärztlichen Weiterbildung	
Vsl. Ort der ärztlichen Tätigkeit	

2. Anlagen

Aktuelle **Immatrikulationsbescheinigung**

(Original, beglaubigte Kopie oder mit Verifikationsschlüssel)

- liegt dem Antrag bei
- wird nachgereicht

Beglaubigte Kopie des Zeugnisses über den Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

- liegt dem Antrag bei
- wird nachgereicht

Studienverlaufsbescheinigung mit detaillierter Semesterübersicht
(beglaubigte Kopie oder mit Verifikationsschlüssel)

- liegt dem Antrag bei
- wird nachgereicht

Der Antragsteller bestätigt, dass er

- die *aktuelle* Richtlinie des Landkreises Hof über die Vergabe von Stipendien zur Verbesserung der medizinischen Versorgung im Raum Hof zur Kenntnis genommen hat;
- erstmalig einen Antrag im Rahmen des o.g. Förderprogramms beim Landkreis Hof stellt.

Erstmalige Auszahlung am _____

Bankverbindung:

Name des Kontoinhabers: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständig meiner Angaben im Antrag und in den Anlagen.

Ort, Datum:

Rechtsverbindliche Unterschrift des Antragstellers:

Bitte im Original unterschreiben!

Erklärung A – Erklärung zu den gemachten Angaben

Hinweis:

Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung vorstehender personenbezogener Daten sind nur zulässig, wenn der Betroffene (Antragsteller) eingewilligt hat. Für den Fall, dass hierzu die Einwilligung verweigert wird, kann der Antrag auf Zuschussgewährung unter Umständen nicht bearbeitet und der beantragte Zuschuss damit ggf. nicht gewilligt werden.

Der Antragsteller erklärt, dass

- Änderungen der gemachten Angaben unverzüglich der Gesundheitsregion Stadt und Landkreis Hof mitgeteilt werden;
- ihm bekannt ist, dass vorsätzlich oder fahrlässig unrichtig oder unvollständig gemachte Angaben und Erklärungen sowie das vorsätzliche oder fahrlässige Unterlassen einer Mitteilung über Änderungen in diesen Angaben eine Rücknahme des Zuwendungsbescheids zur Folge haben können;
- er damit einverstanden ist, dass vorstehenden Daten erhoben, elektronisch gespeichert und verarbeitet werden;
- er damit einverstanden ist, im Falle einer Förderung, die für eine Evaluation benötigen Daten zur Verfügung zu stellen.

Weiterhin erklärt er, dass

- Antrag und vorab per E-Mail gesendeter Antrag **übereinstimmen**.
- Folgende Änderungen** im Antrag gegenüber dem vorab per E-Mail gesendeten Antrag vorgenommen wurden:

Ort, Datum:

Rechtsverbindliche Unterschrift des Antragstellers:

Bitte im Original unterschreiben!

Erklärung B – Verpflichtung des Antragstellers

Der Antragsteller verpflichtet sich,

- das Studium ordnungsgemäß durchzuführen und abzuschließen (MedStipR Nr.4);
- die fachärztliche Weiterbildung unmittelbar nach Beendigung des Medizinstudiums aufzunehmen sowie in Stadt oder Landkreis Hof zu absolvieren (MedStipR Nr. 5);
- innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss der fachärztlichen Weiterbildung eine ärztliche Tätigkeit aufzunehmen und mindestens 48 Monate im Landkreis Hof ärztlich tätig zu sein (MedStipR Nr. 5).

Ort, Datum:

Rechtsverbindliche Unterschrift des Antragstellers:

Bitte im Original unterschreiben!

Erläuterungen und Hinweise:

„ordnungsgemäß“: Hierbei wird u.a. Bezug auf die Regelstudienzeit zukunftsgerichtet ab dem Zeitpunkt der Antragstellung im vorgesehen Rahmen genommen. [§ 1 Abs. 2 und 3 der Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (BGBl. I S. 2405), in der jeweils gültigen Fassung]

Wird der Zuwendungsbescheid rückwirkend unwirksam oder widerrufen, ist gemäß Nr. 6 der Richtlinie die Zuwendung zu erstatten und in der Regel vom Eintritt der Unwirksamkeit des Zuwendungsbescheids an bzw. ab Auszahlung der jeweiligen Beträge mit drei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz jährlich zu verzinsen.

In der Regel beginnt die Verzinsung mit dem Tag der Auszahlung und endet mit dem Tag der Rückzahlung.

Von der Geltendmachung des Zinsanspruchs kann insbesondere dann abgesehen werden, wenn der Zuwendungsempfänger die Umstände, die zur Unwirksamkeit bzw. zum Widerruf des Zuwendungsbescheids geführt haben, nicht zu vertreten hat.

Presse und Öffentlichkeitsarbeit

Der Antragsteller erklärt, dass er

- Bereit ist, in individueller Absprache an medienwirksamen Terminen persönlich teilzunehmen;
- Einverstanden ist, dass seine Kontaktdaten im Rahmen von Presseanfragen durch die Gesundheitsregion Plus Stadt und Landkreis Hof weitergegeben werden und er für diese Anfragen grundsätzlich zur Verfügung steht.

Ort, Datum:

Rechtsverbindliche Unterschrift des Antragstellers:

Bitte im Original unterschreiben!