Antrag auf Förderung der Ansiedlung von Ärztinnen und Ärzten in Schopfheim

gemäß „Richtlinie zur Förderung der Ansiedlung von Ärztinnen und Ärzten in Schopfheim vom 04.03.2025“

1. Angaben zur Antragstellerin / zum Antragssteller

Name / Bezeichnung (bei juristischer Person):

Name, Nachnahme (bei natürlicher Person):

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

Berufsbezeichnung / Fachrichtung:

Kassenärztliche Zulassungsnummer:

2. Angaben zum Fördervorhaben

(Bitte ankreuzen und ausfüllen)

Art der Maßnahme (bitte ankreuzen):

☐ Neugründung einer Praxis

☐ Übernahme einer bestehenden Praxis

☐ Eröffnung einer Zweigpraxis

Adresse der Praxis / Zweigpraxis:

Aufnahme der Tätigkeit (Datum):

Anzahl der Vollzeitstellen (VZÄ) für die, die Förderung beantragt wird:

Bei Teilzeit, Beschäftigungsumfang in %:

3. Fördervoraussetzungen

(Bitte ankreuzen)

☐ Eine Zulassung durch die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) in Schopfheim liegt vor.

☐ Ich verpflichte mich; innerhalb von sechs Monaten nach Zulassungsentscheidung die vertragsärztliche Tätigkeit in Schopfheim aufzunehmen.

☐ Ich verpflichte mich, die ärztliche Tätigkeit für mindestens fünf Jahre in Schopfheim auszuüben.

☐ Mir ist bekannt, dass ein nach den genannten Kriterien besetzter Sitz nur einmal gefördert werden kann.

☐ Mir ist bekannt, dass kein Rechtsanspruch auf Förderung besteht.

☐ Mir ist bekannt, dass jegliche Änderungen hinsichtlich der im Förderantrag gemachten Angaben der Stadt Schopfheim unverzüglich mitzuteilen sind. Dies bezieht sich insbesondere auf die **Anzahl der Voll- und Teilzeitstellen**, für die die Förderung beantragt wurde

☐ Mir ist bekannt, dass bei vorzeitiger Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit die Förderung anteilig zurückgefordert wird.

4. Angaben zu weiteren Fördermitteln
(Bitte ankreuzen und ggfs. ausfüllen)

Werden/Wurden für das Vorhaben weitere Fördermittel von Dritten beantragt oder bewilligt?

☐ Ja, folgende:
- Fördergeber:
- Höhe:

☐ Nein

5. Erforderliche Unterlagen sind beigefügt
(bitte ankreuzen)

☐ Zulassungsunterlagen der KVBW (Kopie)

☐ Ggf. Anstellungsvertrag oder Kaufvertrag

☐ Bescheinigung über Praxisübernahme oder Neugründung

☐ Nachweis der Beschäftigungsumfänge (bei Teilzeit)

6. Bankverbindung für die Auszahlung

Kontoinhaber/in:

IBAN:

BIC:

Kreditinstitut:

7. Erklärung und Verpflichtung

Hiermit beantrage ich eine Förderung gemäß der Richtlinie zur Förderung der Ansiedlung von Ärztinnen und Ärzten in Schopfheim.

Ich/wir bestätige(n), dass die Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind und erkenne(n) die Rückzahlungsbedingungen bei vorzeitiger Beendigung der Tätigkeit an.

Ort, Datum:

.....
Unterschrift Antragsteller/in / Vertretungsberechtigte/r

Datenschutzerklärung

Im Folgenden geben wir Ihnen Hinweise zu den allgemeinen Informationspflichten gemäß Artikel 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung DSGVO) sowie diesbezügliche individuelle Angaben bei verwaltungstypischen Erhebungszwecken.

Kontaktdaten des Verantwortlichen
Stadt Schopfheim
vertreten durch Bürgermeister Dirk Harscher
Postanschrift: Hauptstraße 31
E-Mail: info@schopfheim.de
Telefon: 07622 / 396-100

Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten
Komm.ONE AöR
Krailenshaldenstraße 44
70469 Stuttgart
Telefon: 0711 / 810814444
E-Mail: datenschutz@schopfheim.de

Rechtsgrundlage und Zweck der Verarbeitung
Die von Ihnen zur Verfügung gestellten Adressdaten werden aufgrund ihrer Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 Buchstabe a) DSGVO- Rechtmäßigkeit der Verarbeitung)

verarbeitet, um den Förderantrag zur “Richtlinie zur Förderung der Ansiedlung von Ärztinnen und Ärzten in Schopfheim vom 04.03.2025“ bearbeiten zu können.

Geplante Speicherdauer
Ihre Daten werden so lange gespeichert wie dies zur Erfüllung der Richtlinie notwendig ist. Nach Auszahlung einer Förderung beträgt die Speicherdauer 5 Jahre.

Empfänger oder Kategorien von Empfängern der Daten
Ihre Daten werden ausschließlich von der Stadt Schopfheim und den für den Zahlungsverkehr zuständigen Banken verwendet.

Verpflichtung zur Bereitstellung der Daten; Folgen der Verweigerung
Um ihren Antrag bearbeiten zu können, sind Sie verpflichtet uns die im Formular aufgeführten Daten zu nennen. Sofern Sie damit nicht einverstanden sind, kann eine Bearbeitung nicht erfolgen.

Ihre Betroffenenrechte
Sie haben das Recht,

- eine Bestätigung darüber zu verlangen, ob Sie betreffende personenbezogene Daten verarbeitet werden; ist dies der Fall, so haben Sie ein Recht auf Auskunft über diese personenbezogenen Daten und auf die in Art. 15 EU-DSGVO aufgeführten Informationen.

- unverzüglich die Berichtigung der Sie betreffenden unrichtigen personenbezogenen Daten und ggf. die Vervollständigung unvollständiger personenbezogenen Daten zu verlangen (Art. 16 EU-DSGVO).
- zu verlangen, dass Sie betreffende personenbezogene Daten unverzüglich gelöscht werden, sofern einer der in Art. 17 EU-DSGVO einzelnen aufgeführten Gründen zutrifft.

- die Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen, wenn eine der in Art. 18 EU-DSGVO aufgeführten Voraussetzungen gegeben ist.

- aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung Widerspruch einzulegen (Art. 21 EU-DSGVO).

- sich beim Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit Baden-Württemberg (Lautenschlagerstraße 20, 70173 Stuttgart; Tel: 0711/615541-0; E-Mail: poststelle@lfdi.bwl.de) zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten gegen die EU-DSGVO oder das LDSG verstößt (Art. 77 EU-DSGVO).