

**Antrag auf Förderung
einer Neuniederlassung bzw. Praxisübernahme
gem. der Förderrichtlinie der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Land Brandenburg
(KZVLB) zur Verwendung der Mittel des Strukturfonds gemäß § 105 SGB V**

Kassenzahnärztliche Vereinigung Land Brandenburg
Abteilung Zulassung
Helene-Lange-Straße 4-5
14469 Potsdam

E-Mail: zulassung@kzvlb.de

Antragsteller/in:

Titel, Name, Vorname: _____
Geburtsdatum/-ort: _____
Straße: _____
PLZ / Ort: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____

Ich beantrage die Förderung einer:

- Neuniederlassung Übernahme
einer
- Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)
als
- Zahnarzt Kieferorthopäde
- mit einem vollen Versorgungsauftrag mit einem hälftigen Versorgungsauftrag

Praxisanschrift: _____
Landkreis/Förderregion: _____
ggf. Zahnarzt Nummer: _____
ggf. Abrechnungsnummer: _____
geplante Tätigkeitsaufnahme am: _____

Hiermit bestätige ich, dass ein Antrag auf Zulassung / Genehmigung meines Vorhabens bereits beim Zulassungsausschuss vorliegt und mit den hier aufgeführten Daten übereinstimmt.

Hiermit bestätige ich, dass mit dem Antrag auf Förderung ein Zulassungs- oder Genehmigungsantrag an den Zulassungsausschuss für den zeitlich nächsten Sitzungstermin des Zulassungsausschusses unter Berücksichtigung der auf der Homepage der KZVLB veröffentlichten Abgabetermine für Anträge eingereicht wird und der Antrag mit den hier aufgeführten Daten übereinstimmt.

Hinweis:

Alle Änderungen, die die Förderung nach diesem Antrag betreffen und Auswirkungen auf die Gewährung der finanziellen Förderung oder auf deren Höhe haben können, sind der KZVLB unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

Erklärung:

Mir ist bekannt, dass

- a) sich die Förderung nach der Strukturfonds-Richtlinie der KZVLB richtet.
- b) nur vollständig eingegangene Anträge berücksichtigt werden.
- c) die Förderung an die Bedingung einer Tätigkeit in einer versorgungskritischen Region, geknüpft ist, die vom Vorstand der KZVLB als Fördergebiet ausgewiesen wurde. Die Fördergebiete sind auf der Internetseite der KZVLB veröffentlicht.
- d) aufgrund der begrenzt zur Verfügung stehenden Finanzmittel kein Rechtsanspruch auf die Förderung besteht.
- e) sich der Förderempfänger verpflichtet, nach Tätigkeitsaufnahme in Abhängigkeit der Förderhöhe bis zu 5 Jahre im Fördergebiet vertragszahnärztlich tätig zu sein (Standortverpflichtung - Bindungsfrist). Sofern die Zulassung zeitlich ruht, werden diese Zeiten auf den geforderten Bindungszeitraum der vertraglichen Tätigkeit nicht angerechnet. Die Zulassung darf nicht länger als zwei Jahre ruhen. Gibt er seine Zulassung im Fördergebiet vorzeitig auf oder wird diese entzogen, ist er zur anteiligen Rückzahlung für jedes volle Jahr vor Ablauf der Bindungsfrist verpflichtet (Beispiel: Bei einer 5-jährigen Bindungsfrist, muss der Zahnarzt, der nach 3 Jahren aufhört, 2/5 der Fördersumme zurückzahlen.). Reduziert der Förderempfänger seine Zulassung für einen vollen Versorgungsauftrag im Laufe der Bindungsfrist, ist er ab Reduzierung anteilig verpflichtet, den Förderbetrag zurückzuzahlen.
- f) dass solche Zahnärzte von einer Förderung ausgenommen sind,
 - denen der Zulassungsausschuss bereits vor dem 01.07.2023 in einem Fördergebiet eine Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung ab bzw. nach dem 01.07.2023 erteilt hat.
 - die bereits niedergelassen sind und eine Praxis übernehmen wollen, um diese als Zweigpraxis in einem Fördergebiet fortzuführen.
 - die bereits im Fördergebiet niedergelassen sind bzw. innerhalb der letzten zwei Jahre niedergelassen waren.
 - die beabsichtigen, ihren Praxissitz innerhalb eines Planungsbereiches, der als Fördergebiet ausgewiesen wurde, zu verlegen.

- über deren Vermögen gemäß der Insolvenzordnung das Insolvenzverfahren eröffnet oder ein Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens gestellt wurde.
- gegen die ein Zulassungsentziehungs- und/oder Disziplinarverfahren anhängig ist.

- g) dass alle Änderungen, die die Förderung nach diesem Antrag betreffen und Auswirkungen auf die Gewährung der finanziellen Förderung oder auf deren Höhe haben können, der KZVLB unverzüglich schriftlich mitzuteilen sind (Änderungsmitteilung).
- h) Die Versteuerung der Fördersumme obliegt dem Antragsteller.

Einwilligung der Datenverarbeitung:

Ich willige ein, dass die KZVLB die für die Bearbeitung dieses Antrages notwendigen Daten nach der DSGVO erhebt, speichert und verarbeitet. Weitere Informationen finden Sie unter <https://www.kzvlb.de/datenschutz/>

Ort / Datum

Unterschrift, ggf. Praxisstempel