

**Antrag auf  
„Förderung der Niederlassung von Ärzten und Psychotherapeuten  
im Landkreis Emsland“**

Landkreis Emsland  
Fachbereich Soziales  
Ordeniederung 1  
49716 Meppen

Eingang:

Ich beantrage die Gewährung einer Förderung im Rahmen der Richtlinie „Förderung der Niederlassung von Ärzten und Psychotherapeuten im Landkreis Emsland“.

| 1. Angaben zum Antragsteller |       |
|------------------------------|-------|
| Anrede, Titel                |       |
| Name, Vorname                |       |
| Geburtsdatum, Geburtsort     |       |
| Straße                       |       |
| PLZ / Ort                    |       |
| Telefon                      |       |
| E-Mail                       |       |
| Website                      |       |
| LANR                         |       |
| Bankverbindung               | IBAN: |
|                              | BIC:  |
|                              | Bank: |

| 2. Angaben zum Fördergegenstand    |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Beantragt wird die Förderung einer | <input type="checkbox"/> Neuniederlassung<br><input type="checkbox"/> Gründung einer Zweigpraxis<br><input type="checkbox"/> Übernahme eines Vertragsarztsitzes:<br><br><div style="border-top: 1px solid black; padding-top: 5px;">(Name Praxisinhaber/in bei Übernahme)</div> |

|                                                                |                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| als                                                            | <hr/> (Fachgebietsanerkennung lt. Urkunde)                                                                                                                                                |
|                                                                | <input type="checkbox"/> voller Versorgungsauftrag<br><input type="checkbox"/> hälftiger Versorgungsauftrag<br><input type="checkbox"/> anderer Stundenumfang:<br><hr/>                   |
| Teilnahme an                                                   | <input type="checkbox"/> hausärztlicher Versorgung<br><input type="checkbox"/> fachärztlicher Versorgung<br><input type="checkbox"/> psychotherapeutischer Versorgung                     |
| Ort der Niederlassung:<br>PLZ/Ort<br>Straße<br>Planungsbereich | <hr/> <hr/>                                                                                                                                                                               |
| Datum der Praxiseröffnung                                      |                                                                                                                                                                                           |
| Es handelt sich um eine                                        | <input type="checkbox"/> Einzelpraxis<br><input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis<br><input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft<br><input type="checkbox"/> Sonstige<br>Erläuterung: |

### 3. Anlagen

Folgende Unterlagen sind diesem Antrag beigelegt:

- ☐ Kopie der zulassungsrechtlichen Entscheidung über die vertragsärztliche bzw. vertragspsychotherapeutische Tätigkeit
  - ☐ ist beigelegt.
  - ☐ wird nachgereicht.
- ☐ Erklärung A – Erklärung zu den gemachten Angaben
- ☐ Erklärung B – Subventionserhebliche Angaben
- ☐ Erklärung C – De-minimis Erklärung des Antragstellers
- ☐ Erklärung D – Verpflichtung des Antragstellers

Weitere Unterlagen:

- ☐ Die Richtlinie des Landkreises Emsland zur „Förderung der Niederlassung von Ärzten und Psychotherapeuten im Landkreis Emsland“ habe ich zur Kenntnis genommen.
- ☐ Die Informationen zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

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

*Ort, Datum:*

*Rechtsverbindliche Unterschrift des Antragstellers:*

---

## Erklärung A – Erklärung zu den gemachten Angaben

Der Antragsteller erklärt, dass

- mit der Niederlassung noch nicht begonnen wurde und auch noch nicht vor Bekanntgabe des Zuwendungsbescheides begonnen wird;  
☐ für den Fall, dass bis zum beantragten Maßnahmenbeginn (Niederlassung, Gründung einer Zweigpraxis) keine abschließende Förderentscheidung getroffen werden kann, wird die Zustimmung zum vorzeitigen Maßnahmenbeginn beantragt;
- Änderungen der Angaben unverzüglich dem Landkreis Emsland, Fachbereich Soziales, 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 Zuwendungsbescheides zur Folge haben können;
- er damit einverstanden ist, dass vorstehende Daten erhoben, elektronisch gespeichert und verarbeitet werden.

*Ort, Datum:*

*Rechtsverbindliche Unterschrift des Antragstellers:*

---

## **Erklärung B – Subventionsrechtliche Angaben**

### **Subventionserhebliche Tatsachen im Rahmen des Zuwendungsverfahrens - Förderung der Niederlassung von Ärzten und Psychotherapeuten im Landkreis Emsland -**

Der Antragsteller ist unterrichtet, dass die Angaben im Antrag und in den Anlagen für die Gewährung bzw. Rückforderung der Zuwendung von Bedeutung und somit subventionserheblich im Sinne des § 264 Strafgesetzbuch sind.

Der Antragsteller ist hiermit auf die Bestimmungen des Subventionsgesetzes vom 29.07.1976 in Verbindung mit § 1 des Niedersächsischen Subventionsgesetzes vom 22.06.1977 hingewiesen worden.

*Ort, Datum:*

*Rechtsverbindliche Unterschrift des Antragstellers:*

---

### Erklärung C – De-minimis-Erklärung des Antragstellers

im Sinne der EU-Gruppenfreistellungsverordnung für „De-minimis“-Beihilfen

Hiermit bestätigt der Antragsteller, dass er im laufenden Kalenderjahr sowie in den vorangegangenen zwei Kalenderjahren

☐ keine ☐ folgende (siehe unten)

„De-minimis“-Beihilfen im Sinne der Verordnung (EU) Nr. 2023/2831 der Kommission vom 13.12.2023 über die Anwendung der Artikel 107 und 108 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union auf De-minimis-Beihilfen, Amtsblatt der EU Reihe L vom 15.12.2023, S.1 ff., erhalten hat.

| Datum des Bewilligungsbescheides/ Zusage | Beihilfegeber | Aktenzeichen | Fördersumme in Euro | Subventionsbetrag in Euro (brutto) |
|------------------------------------------|---------------|--------------|---------------------|------------------------------------|
|                                          |               |              |                     |                                    |
|                                          |               |              |                     |                                    |
|                                          |               |              |                     |                                    |

Dem Antragsteller ist bekannt, dass

- die Gesamtsumme der ihm gewährten „De-minimis“-Beihilfen in einem Zeitraum von drei Steuerjahren 300.000,00 Euro nicht übersteigen darf;
- die vorstehenden Angaben subventionserheblich im Sinne des § 264 Strafgesetzbuch in Verbindung mit § 3 Subventionsgesetz sind.

Der Antragsteller verpflichtet sich, Änderungen der vorgenannten Angaben unverzüglich an die Bewilligungsbehörde zu übermitteln, sofern sie ihm vor der Bewilligung der beantragten Zuwendung bekannt werden.

Ort, Datum:

Rechtsverbindliche Unterschrift des Antragstellers:

---

### Erklärung D – Verpflichtung des Antragstellers

Der Antragsteller verpflichtet sich,

- die ärztliche bzw. psychotherapeutische Tätigkeit innerhalb von sechs Monaten nach der zulassungsrechtlichen Entscheidung aufzunehmen;
- bei einer Niederlassung bzw. Gründung einer Zweigpraxis die ärztliche bzw. psychotherapeutische Tätigkeit für die Dauer von fünf Jahren auszuüben (im Falle der Filialbildung im Umfang von mindestens zehn Stunden pro Woche an mehreren Tagen in der Zweigpraxis).

*Ort, Datum:*

*Rechtsverbindliche Unterschrift des Antragstellers:*

---

### Presse und Öffentlichkeitsarbeit

Der Antragsteller erklärt, dass er

- einer Veröffentlichung seiner vorgenannten Maßnahme zustimmt;
- bereit ist, in individueller Absprache an medienwirksamen Terminen persönlich teilzunehmen;
- einverstanden ist, dass seine Kontaktdaten im Rahmen von Presseanfragen weitergegeben werden und er für diese Anfragen grundsätzlich zur Verfügung steht.

*Ort, Datum:*

*Rechtsverbindliche Unterschrift des Antragstellers:*

---

## Informationsblatt Art. 13, 14 ff. Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)

Ihre personenbezogenen Daten werden im Rahmen der Aktivitäten der Gesundheitsregion Emsland verarbeitet. Rechtsgrundlage dieser Verarbeitung ist Art. 6 Abs. 1e DS-GVO.

Durch Ihren Antrag auf die Förderung der Niederlassung von Ärzten und Psychotherapeuten im Landkreis Emsland haben Sie der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zugestimmt. Ihre Daten werden nach der Erhebung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungspflichten für die Aufgabenerfüllung erforderlich ist.

Den Landkreis Emsland als verantwortliche datenverarbeitende Stelle können Sie per E-Mail unter [info@emsland.de](mailto:info@emsland.de) bzw. postalisch unter Landkreis Emsland, Postfach 15 62, 49705 Meppen, kontaktieren.

Sie können außerdem den Datenschutzbeauftragten des Landkreises Emsland per E-Mail unter [datenschutz@emsland.de](mailto:datenschutz@emsland.de) bzw. postalisch unter Landkreis Emsland, Datenschutzbeauftragter, Postfach 15 62, 49705 Meppen, kontaktieren.

Sie können gegenüber dem Landkreis Emsland folgende Rechte geltend machen:

- Recht auf Auskunft
- Recht auf Berichtigung oder Löschung
- Einschränkung der Verarbeitung
- Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung

Jede betroffene Person hat das Recht auf Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde (*Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen, Prinzenstraße 5, 30159 Hannover, Telefon: +49 511 120-4500, E-Mail: [poststelle@lfd.niedersachsen.de](mailto:poststelle@lfd.niedersachsen.de)*), wenn sie der Ansicht ist, dass ihre personenbezogenen Daten rechtswidrig verarbeitet werden.