

Anlage 1**(Maßstab zur Beurteilung der Förderfähigkeit)**

1.

Zur Beurteilung der hausärztlichen Versorgung haben die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein und die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe die nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie geltenden allgemeinen Verhältniszahlen (Einwohner-/Arztrelation) auf alle Gemeinden in NRW übertragen und den Versorgungsgrad unter alleiniger Berücksichtigung der Ärzte, die jünger als Jahrgang 1948 sind, zum Stand 31.12.2008 ermittelt. Dabei wird davon ausgegangen, dass diese Hausärzte in absehbarer Zeit ihre Praxen aufgeben werden und die Praxen ohne Unterstützungsmaßnahmen voraussichtlich nicht wiederbesetzt werden können. Dadurch verschlechtert sich das Einwohner-Arzt-Verhältnis. Außerdem wurde der Anteil der Ärzte ermittelt, die zum Stand 31.12.2008 älter als Jahrgang 1954 waren.

Da die Mittleren und Großen kreisangehörigen Städte in der Regel besser mit Einrichtungen der medizinischen Versorgung (teilweise sogar mit einem oder mehreren Krankenhäusern) ausgestattet sind als kleinere Gemeinden, wurden in Anlehnung an § 4 Abs. 2 der Gemeindeordnung für das Land Nordrhein-Westfalen nur die Gemeinden in die Betrachtung einbezogen, die bis zu 25.000 Einwohner haben.

Für die Einwohnerzahlen wurden die amtlichen Bevölkerungszahlen zum Stand 30.6.2008 berücksichtigt.

2.

Eine Gefährdung im Sinne dieser Richtlinie droht, sofern ein Versorgungsgrad < 75 % besteht, wenn nur die Ärzte berücksichtigt werden, die jünger als Jahrgang 1948 sind, und der Anteil der Hausärzte, die älter als Jahrgang 1954 sind, mindestens 50 % beträgt (Anlage 2).

3.

Eine Gefährdung der hausärztlichen Versorgung auf mittlere Sicht wird angenommen, wenn in einer Gemeinde zwar der Versorgungsgrad unter Berücksichtigung der Ärzte, die jünger als Jahrgang 1948 sind, unter 75 % liegt, der Anteil der Ärzte, die älter als Jahrgang 1954 sind, aber weniger als 50 % beträgt. Diese Gemeinden sind in Anlage 3 dieser Richtlinie enthalten.

4.

Die Rangfolge innerhalb der jeweiligen Anlagen wird anhand des Versorgungsgrades ohne die Ärzte, die jünger als Jahrgang 1948 sind, ermittelt: Je geringer der Versorgungsgrad, umso höher ist die Förderungswürdigkeit innerhalb der jeweiligen Liste. Wenn innerhalb einer Liste der Versorgungsgrad ohne die Ärzte, die jünger als Jahrgang 1948 sind, gleich ist, ergibt sich die Rangfolge nach dem Anteil der Ärzte, die älter als Jahrgang 1954 sind: Je höher der Anteil der Ärzte, die älter als Jahrgang 1954 sind, umso höher ist die Förderungswürdigkeit.

Anlage 2**(Gemeinden, in denen die Gefährdung der hausärztlichen Versorgung droht)**

Rangfolge	Gemeinde	Kreis
1.	Roetgen	Aachen
	Dahlem	Euskirchen
	Rosendahl	Coesfeld
4.	Heiden	Borken
5.	Waldfeucht	Heinsberg
6.	Breckerfeld	Ennepe-Ruhr-Kreis
7.	Wolver	Soest
8.	Kürten	Rheinisch-Berg. Kreis
9.	Nörvenich	Düren
10.	Nümbrecht	Oberbergischer Kreis
11.	Kirchlengern	Herford
12.	Ruppichterath	Rhein-Sieg-Kreis
13.	Hallenberg	Hochsauerlandkreis
14.	Barntrup	Lippe
15.	Ense	Soest
16.	Heimbach, Stadt	Düren
17.	Olfen	Coesfeld
18.	Hellenthal	Euskirchen
19.	Rhede	Borken
20.	Billerbeck	Coesfeld
21.	Wassenberg, Stadt	Heinsberg
22.	Isselburg	Borken
23.	Lichtenau	Paderborn
24.	Raesfeld	Borken
25.	Rüthen	Soest
26.	Neuenrade	Märkischer Kreis
27.	Odenthal	Rheinisch-Berg. Kreis
28.	Much	Rhein-Sieg-Kreis
	Sonsbeck	Wesel
30.	Morsbach	Oberbergischer Kreis
31.	Sendenhorst	Warendorf
32.	Marsberg	Hochsauerlandkreis
33.	Mettingen	Steinfurt
34.	Jüchen	Rhein-Kreis-Neuss
35.	Schieder-Schwalenberg	Lippe
36.	Vreden	Borken
37.	Kalletal	Lippe
38.	Schlangen	Lippe
39.	Versmold	Gütersloh
40.	Schermbeck	Wesel
41.	Freudenberg	Siegen-Wittgenstein
42.	Uedem	Kleve
43.	Windeck	Rhein-Sieg-Kreis
44.	Hille	Minden-Lübbecke
45.	Borgholzhausen	Gütersloh
46.	Werther	Gütersloh

Rangfolge	Gemeinde	Kreis
	Wachtberg	Rhein-Sieg-Kreis
48.	Halver	Märkischer Kreis
49.	Ennigerloh	Warendorf
50.	Bad Berleburg	Siegen-Wittgenstein
51.	Lügde	Lippe
52.	Issum	Kleve
53.	Wenden	Olpe
54.	Lippetal	Soest
55.	Eitorf	Rhein-Sieg-Kreis
56.	Lengerich	Steinfurt
57.	Erndtebrück	Siegen-Wittgenstein
58.	Bönen	Unna
59.	Altenbeken	Paderborn
60.	Neunkirchen-Seel-scheid	Rhein-Sieg-Kreis
61.	Simmerath	Aachen
62.	Erwitte	Soest
	Olsberg	Hochsauerlandkreis
64.	Engelskirchen	Oberbergischer Kreis

Anlage 3

(Gemeinden, in denen die hausärztliche Versorgung auf mittlere Sicht gefährdet erscheint)

Rangfolge	Gemeinde	Kreis
65.	Kranenburg	Kleve
66.	Willebadessen	Höxter
67.	Vettweiß	Düren
68.	Bestwig	Hochsauerlandkreis
69.	Leopoldshöhe	Lippe
70.	Verl	Gütersloh
71.	Anröchte	Soest
72.	Inden	Düren
73.	Borgentreich	Höxter
74.	Meinerzhagen	Märkischer Kreis
75.	Bedburg-Hau	Kleve
76.	Straelen, Stadt	Kleve
77.	Möhnesee	Soest
78.	Elsdorf	Rhein-Erft-Kreis
79.	Lotte	Steinfurt
80.	Lüdinghausen	Coesfeld
81.	Blankenheim	Euskirchen
82.	Rees, Stadt	Kleve
83.	Nordkirchen	Coesfeld
84.	Stadtlohn	Borken
85.	Hopsten	Steinfurt
86.	Weilerswist	Euskirchen
87.	Hüllhorst	Minden-Lübbecke
88.	Vlotho	Herford
89.	Werdohl	Märkischer Kreis
90.	Altena	Märkischer Kreis
91.	Gescher	Borken
92.	Bedburg, Stadt	Rhein-Erft-Kreis
93.	Weeze	Kleve
94.	Drolshagen	Olpe
95.	Kreuzau	Düren
96.	Xanten, Stadt	Wesel
97.	Neuenkirchen	Steinfurt
98.	Extertal	Lippe
99.	Bad Sassendorf	Soest
100.	Steinheim	Höxter
101.	Selfkant	Heinsberg
102.	Salzkotten	Paderborn
103.	Finnentrop	Olpe
104.	Kierspe	Märkischer Kreis
105.	Blomberg	Lippe
106.	Niederzier	Düren
107.	Netphen	Siegen-Wittgenstein

Von der Bewilligungsbehörde auszufüllen:

Antrag Nr.:

Eingangsdatum:

Antrag gemäß Anlage:

Anlage 4a

Antrag

**auf Gewährung einer Zuwendung des Landes NRW
nach Nr. 2.1 der Richtlinien zur Förderung der Allgemeinmedizin in
Gemeinden, in denen in Zukunft die hausärztliche Versorgung
durch das Ausscheiden von Hausärzten gefährdet sein kann**

Zuwendungen zur Förderung der Niederlassung
- III C 2 – 0400.5.6 vom 26.11.2009

1. Antragstellerin/Antragsteller

1.1 Name, Vorname			
1.2 Geb. Datum			
1.3 Anschrift			
1.4 Telefonnummer			
1.5 Email			
1.6 Bankverbindung	KtoNr.:	BLZ:	
	Bank:	Kontoinhaber:	

2. Antragsdaten**2.1 Ich beantrage eine Zuwendung**

- ☐ zur Förderung der Niederlassung.

2.2 Benennung der Gemeinde, in der die Niederlassung erfolgen soll:

Gemeinde:.....**Landkreis:**.....

Strasse:.....**Hausnummer:**.....

2.3 Die Zuwendung wird beantragt

- ☐ als Zuschuss bei Übernahme einer bestehenden Praxis
- ☐ als Zuschuss bei der Neuerrichtung einer Praxis
- ☐ als Zuschuss bei Errichtung einer Zweigpraxis

2.4 Höhe der beantragten Mittel**2.5 Datum der Niederlassung**

Die Niederlassung wird zum _____ erfolgen.

3. Persönliche Erklärungen / Verpflichtungen

3.1 Ich erkläre,

- dass ich alle Angaben in diesem Antrag, von denen die Bewilligung, Gewährung, Weitergewährung oder das Belassen der Zuwendung abhängig ist, gewissenhaft und vollständig gemacht habe,
- dass mit der Maßnahme noch nicht begonnen wurde und auch vor Bekanntgabe des Zuwendungsbescheides nicht begonnen wird; als Vorhabenbeginn ist grundsätzlich z.B. der Abschluss eines der Kaufvertrages zum Erwerb einer Praxis, der Abschluss eines Mietvertrages, der Kaufvertrag für eine medizinische Gerätschaft etc. anzusehen,
- dass ich zum Vorsteuerabzug
→ ☐ nicht berechtigt bin,
→ ☐ berechtigt bin und dies bei der Berechnung der Gesamtausgaben berücksichtigt habe (Preise ohne Umsatzsteuer)
- dass ich davon Kenntnis genommen habe, dass bei Abweichung von allen Angaben in diesem Antrag, von denen die Bewilligung, Gewährung, Weitergewährung oder das Belassen der Zuwendung abhängig ist, zu Rückforderungen führen kann.

3.2 Ich verpflichte mich,

- für die Dauer der in der o.g. Richtlinie festgelegten Zeiträume (5.4.4 und 5.4.5) in der genannten Gemeinde hausärztlich tätig zu sein,
- bei Errichtung einer Zweigpraxis, dort mindestens 10 Stunden wöchentlich an mehreren Tagen in Form von Sprechstunden zur Verfügung zu stehen,
- eine Beendigung der Tätigkeit unverzüglich der jeweils zuständigen Bezirksregierung schriftlich anzuzeigen.

3.3 Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- die Angaben in und zum Antrag an die für die Maßnahmen des Förderprogramms zuständigen Organe des Landes übermittelt werden können. (Die Erhebung vorstehender Angaben beruht auf § 26 Abs. 2 Satz 1 und 2 des Verwaltungsverfahrensgesetzes des Landes NRW /SGV.NRW 2010). Die Kenntnis dieser Angaben dient der Überprüfung der Voraussetzungen für die Gewährung der Zuwendung.),

- die Angaben zum Zwecke einer zügigen Bearbeitung des Antrages sowie zu statistischen Zwecken gespeichert werden.

4. Beigefügte Anlagen (bitte ankreuzen)

- ☐ Bescheid über die vertragsärztliche Zulassung als Hausarzt im Fördergebiet, wobei der Zulassungsantrag nach Inkrafttreten dieser Richtlinie gestellt worden sein muss oder
- ☐ Bescheid über die Genehmigung bzw. Ermächtigung zur Errichtung einer Zweigpraxis, wobei der entsprechende Antrag nach Inkrafttreten dieser Richtlinie gestellt worden sein muss bzw.
- ☐ sofern noch keine Entscheidung über eine vertragsärztliche Tätigkeit im Fördergebiet getroffen wurde, Bestätigung der zuständigen Stelle (Zulassungsausschuss bzw. Kassenärztliche Vereinigung) über den Antragseingang sowie eine Kopie des Antrages, der nach Inkrafttreten dieser Richtlinie gestellt worden sein muss
- ☐ Übersicht über die geplanten Einnahmen und Ausgaben (Finanzierungsplan)

Ort, Datum, Unterschrift

Von der Bewilligungsstelle auszufüllen:

Antrag Nr.:

Eingangsdatum:

Antrag gemäß Anlage:

Anlage 4b**Antrag**

**auf Gewährung einer Zuwendung des Landes NRW
nach Nr. 2.2 der Richtlinien zur Förderung der Allgemeinmedizin in
Gemeinden, in denen in Zukunft die hausärztliche Versorgung
durch das Ausscheiden von Hausärzten gefährdet sein kann**

-Förderung der Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten während
der Praxisphase-
- III C 2 – 0400.5.6 vom 26.11.2009

1. Antragstellerin/Antragsteller

1.1 Name, Vorname	
1.2 Geb. Datum	
1.3 Anschrift	
1.4 Telefonnummer	
1.5 Email	
1.6 Bankverbindung	KtoNr.: Bank BLZ: Kontoinhaber::

2. Antragsdaten

2.1 Ich beantrage eine Zuwendung

- ☐ für die Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten während der Praxisphase

2.2 Benennung der Gemeinde, in der die Weiterbildung durchgeführt wird:

Gemeinde:.....Landkreis:.....

Strasse:.....Hausnummer:.....

Name der Weiterbildungsassistentin/des Weiterbildungsassistenten:.....

Anschrift:.....

2.3 Durchführungszeitraum

Die Weiterbildung wird in

☐ Vollzeit

☐ Teilzeit

absolviert.

Beginn der Weiterbildung:.....

Voraussichtliches Ende der Weiterbildung in meiner Praxis:.....

3. Persönliche Erklärungen / Verpflichtungen

3.1 Ich erkläre,

- dass ich alle Angaben in diesem Antrag, von denen die Bewilligung, Gewährung, Weitergewährung oder das Belassen der Zuwendung abhängig ist, gewissenhaft und vollständig gemacht habe,
- dass ich davon Kenntnis genommen habe, dass bei Abweichung von allen Angaben in diesem Antrag, von denen die Bewilligung, Gewährung, Weitergewährung oder das Belassen der Zuwendung abhängig ist, zu Rückforderungen führen kann.

3.2 Ich verpflichte mich,

- Änderungen, die Auswirkung auf die Gewährung der Förderung oder auf deren Höhe haben, insbesondere eine vorzeitige Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses oder eine Änderung der Förderung nach der Vereinbarung, unverzüglich schriftlich mitzuteilen, und auf Anfrage alle für die Prüfung der Förderervoraussetzungen notwendig erscheinenden Unterlagen vorzulegen.
- die vom Land genehmigten Fördermittel sowie die nach der Vereinbarung zur Förderung der Allgemeinmedizin in der vertragsärztlichen Versorgung von der Kassenärztlichen Vereinigung gezahlten Förderbeträge in voller Höhe an den Weiterzubildenden abzuführen.

3.3 Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- die Angaben in und zum Antrag an die für die Maßnahmen des Förderprogramms zuständigen Organe des Landes übermittelt werden können. (Die Erhebung vorstehender Angaben beruht auf § 26 Abs. 2 Satz 1 und 2 des Verwaltungsverfahrensgesetzes des Landes NRW /SGV.NRW 2010). Die Kenntnis dieser Angaben dient der Überprüfung der Voraussetzungen für die Gewährung der Zuwendung.
- die Angaben zum Zwecke einer zügigen Bearbeitung des Antrages sowie zu statistischen Zwecken gespeichert werden.)

4. Beigefügte Anlagen (bitte ankreuzen)

- ☐ Approbation oder Berufserlaubnis der Weiterbildungsassistentin/des Weiterbildungsassistenten

- ☐ Von der zuständigen Ärztekammer für die Weiterbildungsassistentin/den Weiterbildungsassistenten ausgestellte Bescheinigung über eine bereits absolvierte und anerkannte stationäre Weiterbildungszeit für die Gebiete Allgemeinmedizin bzw. Innere und Allgemeinmedizin von mindestens zwei Jahren
- ☐ Nachweis über meine Weiterbildungsbefugnis in der Allgemeinmedizin
- ☐ Arbeitsvertrag, aus dem sich als Ziel des Beschäftigungsverhältnisses die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin ergeben muss
- ☐ Bewilligung nach der Vereinbarung zur Förderung der Allgemeinmedizin

Ort, Datum, Unterschrift

Anlage 5a

Bescheid
über die Bewilligung von Zuwendungen des Landes NRW
nach Nr. 2.1 der Richtlinien zur Förderung der Allgemeinmedizin in
Gemeinden, in denen in Zukunft die hausärztliche Versorgung
durch das Ausscheiden von Hausärzten gefährdet sein kann

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen
Fürstenwall 25
40219 Düsseldorf

Az.:

(Name des Zuwendungsempfängers/
der Zuwendungsempfängerin)

Zuwendungen des Landes Nordrhein-Westfalen
Richtlinien zur Förderung der Allgemeinmedizin in Gemeinden, in
denen in Zukunft die hausärztliche Versorgung durch das Aus-
scheiden von Hausärzten gefährdet sein kann
Zuwendungen zur Förderung der Niederlassung

Ihr Antrag vom

Zuwendungsbescheid

I.

1. Bewilligung:

Auf Ihren vg. Antrag bewillige ich Ihnen
für die Zeit

vom.....bis.....
(Bewilligungszeitraum)

eine Zuwendung in Höhe von..... EUR
(in Buchstaben: Euro)

2. Zur Durchführung folgender Maßnahme

Die Zuwendung wird gewährt

☐ als Zuschuss für die Übernahme der Praxis

der/des Frau/Herrn _____

in der Gemeinde _____,

Adresse _____;

☐ als Zuschuss bei der Neuerrichtung einer Praxis in der

Gemeinde _____,

Adresse _____;

☐ als Zuschuss bei Errichtung einer Zweigpraxis in der

Gemeinde _____,

Adresse _____;

Der von Ihnen vorgelegte Finanzierungsplan ist Bestandteil des Zuwendungsbescheides.

3. Finanzierungsart

Die Zuwendung wird in der Form der Festbetragsfinanzierung als bedingt rückzahlbarer Zuschuss gewährt.

4. Bewilligungsrahmen

Die Bereitstellung des Zuwendungsbetrages ist wie folgt vorgesehen:

Im Haushaltsjahr 2009: EUR

5. Auszahlung

Die Zuwendung wird auf das von Ihnen genannte Konto ausgezahlt.

II.

Nebenstimmungen

Die Allgemeinen Nebenbestimmungen für Zuwendungen zur Projektförderung (ANBest-P) mit Ausnahme der Nrn. 1.4, 3, 5.4, 8.3.1 und 8.5 sind Bestandteil des Zuwendungsbescheides.

Der Verwendungsnachweis ist mit dem als Anlage beigefügten Formular innerhalb von 6 Monaten nach Praxiseröffnung bzw. Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit bei der zuständigen Bezirksregierung einzureichen.

Darüber hinaus wird folgendes festgelegt:

Sie sind verpflichtet, bis zum.....20.. eine vertragsärztliche Tätigkeit als Hausarzt mit vollem/hälftigem Versorgungsauftrag / in einer Zweigpraxis mit mindestens 10 Sprechstunden wöchentlich an mehre-

ren Tagen in der Gemeinde..... aufzunehmen und bis zum.....20.. auszuüben.

Wird die Tätigkeit vor dem festgelegten Zeitpunkt beendet, ist dies unverzüglich der jeweils zuständigen Bezirksregierung schriftlich anzuzeigen und der Zuschuss nach Maßgabe der Nr. 5.4.6 bis 5.4.8 der Richtlinie zurückzuzahlen.

Sie sind weiterhin verpflichtet, die Fortdauer der hausärztlichen Tätigkeit innerhalb eines Jahres nach Bewilligung der Zuwendung und danach jeweils nach einem weiteren Jahr durch eine Bescheinigung der Kassenärztlichen Vereinigung der jeweils zuständigen Bezirksregierung nachzuweisen.

III.

Rechtsbehelfsbelehrung

Gegen diesen Bescheid kann innerhalb eines Monats nach Zustellung beim Verwaltungsgericht, schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle Klage erhoben werden.

Falls die Frist durch das Verschulden eines von Ihnen Bevollmächtigten versäumt werden sollte, so würde dessen Verschulden Ihnen zugerechnet werden.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

()

Anlage 5b

**Bescheid
über die Bewilligung von Zuwendungen des Landes NRW
nach Nr. 2.2 der Richtlinien zur Förderung der Allgemeinmedizin in
Gemeinden, in denen in Zukunft die hausärztliche Versorgung
durch das Ausscheiden von Hausärzten gefährdet sein kann**

**-Förderung der Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten wäh-
rend der Praxisphase-**

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen
Fürstenwall 25
40219 Düsseldorf

Az.:

(Name des Zuwendungsempfängers/
der Zuwendungsempfängerin)

**Zuwendungen des Landes Nordrhein-Westfalen
Richtlinien zur Förderung der Allgemeinmedizin in Gemeinden, in
denen in Zukunft die hausärztliche Versorgung durch das Aus-
scheiden von Hausärzten gefährdet sein kann**
Förderung der Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten während
der Praxisphase

Ihr Antrag vom

Zuwendungsbescheid

I.

1. Bewilligung:

Auf Ihren vg. Antrag bewillige ich Ihnen für die Zeit
vom bis
(Bewilligungszeitraum)

eine Zuwendung in Höhe von EUR monatlich.
(in Buchstaben: Euro)

2. Zur Durchführung folgender Maßnahme

Die Zuwendung wird zur Förderung der Beschäftigung für die Weiterbil-
dung zum Facharzt für Allgemeinmedizin von
Frau/Herrn.....
in Ihrer Praxis in.....gewährt.

3. Finanzierungsart

Die Zuwendung wird in der Form der Festbetragsfinanzierung als Zu-
weisung gewährt.

4. Bewilligungsrahmen

Die Bereitstellung des Zuwendungsbetrages ist wie folgt vorgesehen:

Im Haushaltsjahr 2009: EUR

Im Haushaltsjahr 2010: EUR

Im Haushaltsjahr 2011: EUR

Im Haushaltsjahr 2012: EUR

Im Haushaltsjahr 2013: EUR

Im Haushaltsjahr 2014: EUR

5. Auszahlung

Die Zuwendung wird monatlich auf das von Ihnen genannte Konto ausbezahlt.

II.

Nebenstimmungen

Die Allgemeinen Nebenbestimmungen für Zuwendungen zur Projektförderung (ANBest-P) mit Ausnahme der Nrn. 1.4, 3, 5.4, 8.3.1 und 8.5 sind Bestandteil des Zuwendungsbescheides.

Die o.g. Maßnahme ist in der Zeit vom bis durchzuführen.

Der Verwendungsnachweis ist mit dem als Anlage beigefügten Formular innerhalb von 6 Monaten nach Beendigung der Weiterbildung bei der zuständigen Bezirksregierung einzureichen.

Darüber hinaus wird folgendes festgelegt:

Die Unterbrechung oder vorzeitige Beendigung der Weiterbildung in Ihrer Praxis ist der zuständigen Bezirksregierung unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

Sie sind verpflichtet, die Fortdauer der Weiterbildung der Bewilligungsbehörde innerhalb von sechs Monaten nach Bewilligung der Zuwendung

und danach jeweils nach weiteren sechs Monaten durch eine Bescheinigung gegenüber der zuständigen Bezirksregierung nachzuweisen.

Der Widerruf mit Wirkung für die Vergangenheit kann im Betracht kommen, soweit Sie Auflagen nicht oder nicht innerhalb der gesetzten Frist erfüllen, insbesondere die vorgeschriebenen Nachweise nicht rechtzeitig vorlegen sowie Ihren Mitteilungspflichten nicht rechtzeitig nachkommen.

III.

Rechtsbehelfsbelehrung

Gegen diesen Bescheid kann innerhalb eines Monats nach Zustellung beim Verwaltungsgerichtschriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle Klage erhoben werden. Falls die Frist durch das Verschulden eines von Ihnen Bevollmächtigten versäumt werden sollte, so würde dessen Verschulden Ihnen zugerechnet werden.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

()

VV-LHO § 44

Anlage 6a

.....
(Zuwendungsempfänger)

.....20
Datum/Ort

(Anschrift der jeweils
zuständigen
Bezirksregierung)

Verwendungsnachweis

Gewährung einer Zuwendung des Landes NRW nach Nr. 2.1 der Richtlinien zur Förderung der Allgemeinmedizin in Gemeinden, in denen in Zukunft die hausärztliche Versorgung durch das Ausscheiden von Hausärzten gefährdet sein kann

Zuwendungen zur Förderung der Niederlassung

- ☐ als Zuschuss bei Übernahme einer bestehenden Praxis
- ☐ als Zuschuss bei der Neuerrichtung einer Praxis
- ☐ als Zuschuss bei Errichtung einer Zweigpraxis

Durch Zuwendungsbescheid des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

vom Az.: III C 2 – 0400.5.6 wurden zur Finanzierung der o.a. Maßnahme insgesamt _____ Euro bewilligt.

Es wurden insgesamt _____ Euro ausgezahlt.

I. Sachbericht

(Kurze Darstellung der durchgeführten Maßnahme, u.a. Beginn, Maßnahmedauer, Abschluss, Nachweis des geförderten Personals, Erfolg und Auswirkungen der Maßnahme, etwaige Abweichungen von den dem Zuwendungsbescheid zugrundeliegenden Planungen und vom Finanzierungsplan)

II. Zahlenmäßiger Nachweis

1. Einnahmen

Art Eigenanteil, Leistungen Dritter, Zuwendungen	Lt. Zuwendungsbescheid		Lt. Abrechnung	
	Euro	v.H	Euro	v.H.
Eigenanteil				
Leistungen Dritter				
Zuwendung des Landes				
Insgesamt		100		100

2. Ausgaben

Ausgabengliederung	Lt. Zuwendungsbescheid		Lt. Abrechnung	
	insgesamt	davon zuwen- dungsfähig	insgesamt	davon zuwen- dungsfähig
	Euro	Euro	Euro	Euro
Insgesamt				

III. Bestätigungen

Die vorgenannten Angaben stimmen mit dem/den Zuwendungsbescheid überein. In Kenntnis der strafrechtlichen Bedeutung unvollständiger oder falscher Angaben wird versichert, dass

- die Einnahmen und Ausgaben nach den Rechnungsunterlagen im Zusammenhang mit dem geförderten Vorhaben angefallen sind ,
- die Zuwendung ausschließlich zur Erfüllung des im Bewilligungsbescheid näher bezeichneten Zweckes verwendet wurde,
- die im Zuwendungsbescheid, einschließlich den dort enthaltenen Nebenbestimmungen, genannten Bedingungen und Auflagen eingehalten wurden.

Dem Unterzeichner ist bekannt, dass die Zuwendung im Falle ihrer zweckwidrigen Verwendung der Rückforderung und Verzinsung unterliegt.

.....
(Ort/Datum)

.....
(Rechtsverbindliche Unterschrift)

IV. Ergebnis der Prüfung durch die Bezirksregierung (Nr. 11.3 VVG)

Der Verwendungsnachweis wurde anhand der vorliegenden Unterlagen geprüft. Es ergaben sich keine – die nachstehenden – Beanstandungen.

(Ort/Datum)

(Dienststelle/Unterschrift)

VV-LHO § 44

Anlage 6b.....
(Zuwendungsempfänger).....20
Datum/Ort(Anschrift der jeweils
zuständigen
Bezirksregierung)**Verwendungsnachweis****Gewährung einer Zuwendung des Landes NRW nach Nr. 2.2 der Richtlinien zur Förderung der Allgemeinmedizin in Gemeinden, in denen in Zukunft die hausärztliche Versorgung durch das Ausscheiden von Hausärzten gefährdet sein kann**

Zuwendungen zur Förderung der Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten während der Praxisphase

Durch Zuwendungsbescheid des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

vom _____ Az.: III C 2 – 0400.5.6 wurden zur Finanzierung der o.a. Maßnahme insgesamt _____ Euro bewilligt.

Es wurden insgesamt _____ Euro ausgezahlt.

I. Sachbericht

(Kurze Darstellung der durchgeführten Maßnahme, u.a. Beginn, Maßnahmedauer, Abschluss, Nachweis des geförderten Personals, Erfolg und Auswirkungen der Maßnahme, etwaige Abweichungen von den dem Zuwendungsbescheid zugrundeliegenden Planungen und vom Finanzierungsplan)

II. Zahlenmäßiger Nachweis

1. Einnahmen

Art Eigenanteil, Leistungen Dritter, Zuwendungen	Lt. Zuwendungsbescheid		Lt. Abrechnung	
	Euro	v.H.	Euro	v.H.
Eigenanteil				
Fördermittel nach der Vereinbarung zur Förderung der Allgemeinmedizin in der vertragsärztlichen Versorgung				
Zuwendung des Landes				
Insgesamt		100		100

2. Ausgaben

Ausgabengliederung	Lt. Abrechnung	
	insgesamt	davon zuwendungs-fähig
	Euro	Euro
an den Weiterbildungsassis-tenten ausgezahltes Gehalt		
Abgaben (Steuern, Sozial-versicherungsbeiträge, Soli-daritätszuschlag etc.)		
Insgesamt		

VV-LHO § 44

III. Bestätigungen

Die vorgenannten Angaben stimmen mit dem/den Zuwendungsbescheid überein. In Kenntnis der strafrechtlichen Bedeutung unvollständiger oder falscher Angaben wird versichert, dass

- die Einnahmen und Ausgaben nach den Rechnungsunterlagen im Zusammenhang mit dem geförderten Vorhaben angefallen sind ,
- die Zuwendung ausschließlich zur Erfüllung des im Bewilligungsbescheid näher bezeichneten Zweckes verwendet wurde,
- die im Zuwendungsbescheid, einschließlich den dort enthaltenen Nebenbestimmungen, genannten Bedingungen und Auflagen eingehalten wurden.

Dem Unterzeichner ist bekannt, dass die Zuwendung im Falle ihrer zweckwidrigen Verwendung der Rückforderung und Verzinsung unterliegt.

.....
(Ort/Datum)

.....
(Rechtsverbindliche Unterschrift)

IV. Ergebnis der Prüfung durch die Bezirksregierung (Nr. 11.3 VVG)

Der Verwendungsnachweis wurde anhand der vorliegenden Unterlagen geprüft. Es ergaben sich keine – die nachstehenden – Beanstandungen.

(Ort/Datum)

(Dienststelle/Unterschrift)