

Stand: 05.03.2018

Bayerische Gesundheitsagentur
- Bayerisches Haus der Gesundheit -
Schweinauer Hauptstraße 80
90441 Nürnberg

**Antragsformular für das Förderprogramm
- Vergabe von Stipendien zur Verbesserung der medizinischen
Versorgung im ländlichen Raum und zur Stärkung des öffentlichen
Gesundheitsdienstes in Bayern -**

Förderprogramm des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege

Hinweise zum Ausfüllen

1. Füllen Sie bitte das Antragsformular am Computer in den vorgesehenen Feldern 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: bayga@lgl.bayern.de
Beispiel: 2018-02-01_Stip_Mustermann_Max
3. Anschließend drucken Sie bitte das ausgefüllte Formular aus und senden es mit den unterschriebenen Erklärungen A und B sowie allen weiteren Anlagen an oben genannte Adresse.

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

Für Rückfragen wenden Sie sich bitte an die Bayerische Gesundheitsagentur:
Tel.: (0 91 31) 68 08 – 29 33; E-Mail: bayga@lgl.bayern.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 Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege über die Vergabe von Stipendien zur Verbesserung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum und zur Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Bayern (Medizinstipendienrichtlinie – MedStipR) zur Kenntnis genommen hat;
- ☐ erstmalig einen Antrag im Rahmen des o.g. Förderprogramms beim LGL – BayGA stellt.

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit 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 bewilligt werden.

Der Antragsteller erklärt, dass

- Änderungen der gemachten Angaben unverzüglich der Bayerischen Gesundheitsagentur am Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit 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 vorstehende Daten erhoben, elektronisch gespeichert und verarbeitet werden;
- er damit einverstanden ist, im Falle einer Förderung, die für eine Evaluation benötigten 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 Buchst. c);
- die fachärztliche Weiterbildung innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung des Medizinstudiums aufzunehmen sowie im Fördergebiet zu absolvieren (MedStipR Nr. 4 Buchst. d und e);
- innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss der fachärztlichen Weiterbildung eine ärztliche Tätigkeit aufzunehmen und mindestens 60 Monate im Fördergebiet ärztlich tätig zu sein (MedStipR Nr. 4 Buchst. f und g).

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 Artikel 49a Bayerisches Verwaltungsverfahrensgesetz (BayVwVfG) 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 Bewilligungsbehörde oder das StMGP weitergegeben werden und er für diese Anfragen grundsätzlich zur Verfügung steht.

Ort, Datum:

Rechtsverbindliche Unterschrift des Antragstellers:

Bitte im Original unterschreiben!