Bayerisches Landesamt
für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
Sachgebiet K1
- Stipendiatenprogramm -
Prinzregentenstr. 6
97688 Bad Kissingen

Antragsformular für das Förderprogramm - Vergabe von Stipendien zur Verbesserung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum in Bayern -

Förderprogramm des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege

Hinweise zum Ausfüllen

1. Füllen Sie das Antragsformular bitte am Computer in den vorgesehenen Feldern vollständig aus.

2. Senden Sie das ausgefüllte Formular vorab als E-Mail-Anhang mit einem eindeutigen Dateinamen in folgender Form **JJJJ-MM-TT_Stip_Nachname_Vorname**
an die E-Mail-Adresse:**stipendium@lgl.bayern.de**
Beispiel: 2023-07-01_Stip_Müller_Anna

3. Anschließend drucken Sie bitte das ausgefüllte Formular aus und senden es mit den unterschriebenen Erklärungen A und B sowie allen weiteren Anlagen an die oben genannte Adresse.

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

Für Rückfragen wenden Sie sich bitte an das Sachgebiet K1:
Tel.: +49 (0)9131 68 08 – 7246; **E-Mail: stipendium@lgl.bayern.de**

Basisinformation

1.1 Angaben zur Person		
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		
falls bekannt: Datum der Ärztlichen Prüfung - Erster Abschnitt		
Vsl. Semester der Ärztlichen Prüfung - Zweiter Abschnitt		
Vsl. Semester der Ärztlichen Prüfung - Dritter Abschnitt / Abschluss des Studiums		

1.3 Fachärztliche Weiterbildung / Ärztliche Tätigkeit	
Angestrebte Facharztbezeichnung	
Vsl. Ort der fachärztlichen Weiterbildung	
Vsl. Ort der ärztlichen Tätigkeit	

1.4 Teilnahme Beste Landpartie Allgemeinmedizin („BeLA-Programm“)

Ich habe

☐ einen Antrag auf Teilnahme am BeLA-Programm gestellt am _____

☐ keinen Antrag auf Teilnahme am BeLA-Programm gestellt

Ich erkläre, dass die Aufnahme in das BeLA-Programm mit Schreiben vom

_____ bewilligt wurde.

1.5 Quote

☐ Hiermit bestätige ich, **keinen** Studienplatz über das Verfahren der Landarztqoute Bayern sowie **keinen** Studienplatz über die Quote für den öffentlichen Gesundheitsdienst Bayern gemäß dem Bayerischen Land- und Amtsarztgesetz erhalten zu haben.

Hinweis*: Ein gleichzeitiger Bezug der genannten Förderungen ist NICHT möglich*.

2. Anlagen

Aktuelle **Immatrikulationsbescheinigung oder Bescheinigung der nach Nr. 2 Alt. 2 MedStipR geprüften und anerkannten Hochschule**
(Eine Bescheinigung ist nur einzureichen, sofern an einer Hochschule <u>außerhalb</u> Deutschlands studiert wird.)

☐ liegt dem Antrag bei
☐ wird nachgereicht

soweit vorhanden: **Kopie des Zeugnisses über den Ersten Abschnitt** der Ärztlichen Prüfung

☐ liegt dem Antrag bei
☐ wird nachgereicht

Studienverlaufsbescheinigung mit detaillierter Semesterübersicht

☐ liegt dem Antrag bei
☐ wird nachgereicht

Ich bestätige,

☐ die *aktuelle* Richtlinie des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege über die Vergabe von Stipendien zur Verbesserung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum in Bayern (Medizinstipendienrichtlinie – MedStipR) zur Kenntnis genommen zu haben;

☐ erstmalig einen Antrag im Rahmen des o. g. Förderprogramms beim LGL zu stellen.

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

Ort, Datum: rechtsverbindliche Unterschrift des Antragstellenden: _____ **Bitte im Original unterschreiben!**

Erklärung A – Erklärung zu den gemachten Angaben

Ich erkläre, dass

- Änderungen der gemachten Angaben unverzüglich dem Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit - Sachgebiet K1 mitgeteilt werden;
- mir 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;
- ich damit einverstanden bin, dass vorstehende Daten erhoben, elektronisch gespeichert und verarbeitet werden;
- im Falle einer Förderung, die für eine Evaluation benötigten Daten zur Verfügung gestellt werden;
- die Hinweise des Datenschutz vom LGL zur Kenntnis genommen wurden.

Informationen nach Art. 13 und 14 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO):

Das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Verantwortlicher) verarbeitet personenbezogene Daten zum Zwecke der Bearbeitung Ihres Antrages. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung personenbezogener Daten ist Art. 4 Abs. 1 Bayerisches Datenschutzgesetz (BayDSG) in Verbindung mit Art.6 Abs. 1 Uabs. 1lit. E) DSGVO.

Weitere Informationen zum Datenschutz und Ihre Rechte als betroffene Person finden Sie unter: https://www.lgl.bayern.de/datenschutz/index.htm

Weiterhin erkläre ich, dass

☐ der Antrag und der vorab per E-Mail gesendete Antrag **übereinstimmen.**

☐ **folgende Änderungen** im Antrag gegenüber dem vorab per E-Mail gesendeten Antrag vorgenommen wurden:

Ort, Datum: rechtsverbindliche Unterschrift des Antragstellenden: _____ **Bitte im Original unterschreiben!**

Erklärung B – Verpflichtung des Antragstellenden

Ich verpflichte mich,

- sofern zutreffend: als studierende Person an einer nach dem Feststellungsverfahren gemäß Art. 112 Abs. 1 BayHIG geprüften und anerkannten Hochschule im Sinn von Nr. 2 Alt. 2 MedStip R mindestens die Hälfte der Gesamtstudiendauer, gemessen an der Regelstudienzeit, an dem Standort des bayerischen Kooperationspartners zu absolvieren (MedStipR Nr. 4 b),
- die fachärztliche Weiterbildung innerhalb von sechs Monaten nach erfolgreichem Abschluss des Studiums im Fördergebiet aufzunehmen und dort vollständig zu durchlaufen (MedStipR Nr. 4 c),
- innerhalb von sechs Monaten nach erfolgreichem Abschluss der fachärztlichen Weiterbildung eine ärztliche Tätigkeit im Fördergebiet aufzunehmen und dort mindestens 60 Monate auszuüben (MedStipR Nr. 4 d).

Ort, Datum: rechtsverbindliche Unterschrift des Antragstellenden: _____ **Bitte im Original unterschreiben!**

Erläuterungen und Hinweise:

Der Antragstellende wird mit einem Festbetrag, der sich aus Pauschalbeträgen für zuwendungsfähige Ausgaben zusammensetzt, in Form eines zweckgebundenen Zuschusses (Stipendium) gefördert (MedStipR Nr. 5.1).

Zuwendungsfähige Ausgaben sind im Zusammenhang mit dem Studium anfallende Lebenshaltungskosten. Anstelle der im Einzelfall tatsächlich anfallenden Ausgaben werden hierfür abschließend folgende Kostenpauschalen angesetzt:

- für Wohnen monatlich 250 €
- Mehrbedarf für Lebensmittel monatlich 100 €
- Mehrbedarf für Bildung und Lernmittel 70 €
- Mehrbedarf für Gesundheit und Hygiene 50 €
- Mehrbedarf für Kommunikation 50 €
- Mehrbedarf für Mobilität 50 €
- Mehrbedarf für Bekleidung 90 € (MedStipR Nr. 5.2)

Der Festbetrag der Zuwendung beträgt monatlich 600 €.

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 die studierende Person die Umstände, die zur Unwirksamkeit bzw. zum Widerruf des Zuwendungsbescheids geführt haben, nicht zu vertreten hat.

Erklärung C - Presse und Öffentlichkeitsarbeit

Ich erkläre

☐ die Bereitschaft zur individuellen Absprache an medienwirksamen Terminen persönlich teilzunehmen;

☐ mein Einverständnis, dass die mitgeteilten Kontaktdaten im Rahmen von Presseanfragen durch die Bewilligungsbehörde oder das StMGP weitergegeben werden dürfen und bin mit Anfragen grundsätzlich einverstanden.

Ort, Datum:

rechtsverbindliche Unterschrift des Antragstellenden:

_____

Bitte im Original unterschreiben!