

Landkreis Harburg  
Fachbereich Soziales  
Reiner Kaminski  
Schloßplatz 6  
21423 Winsen/Luhe

## **Antragsformular für das Förderprogramm - Vergabe von Stipendien zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung im Landkreis Harburg -**

Förderprogramm des Landkreises Harburg

Über die Anträge wird in der Reihenfolge des Antragseingangs entschieden.

Maßgebend für die Entscheidung über die Bewilligung des Stipendiums ist das Datum des Eingangs und der vollständigen Antragsunterlagen in Schriftform bei der Bewilligungsbehörde.

Für Rückfragen wenden Sie sich bitte an den Landkreis Harburg, Fachbereich Soziales  
Tel: 04171/693 423  
E-Mail: [stadtlandpraxis@lkharburg.de](mailto:stadtlandpraxis@lkharburg.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 zum Antragsteller**

1.1 Antragsteller	
Vorname / Name	
Geburtsdatum / Geburtsort	
Straße	
PLZ / Ort	
Bundesland	
Telefon	
Fax	
E-Mail	
Website	
1.2 Hochschule und Studiengang	
1.3 Aktuelles Fachsemester	
1.4 Datum der Ärztlichen Prüfung - Erster Abschnitt	
1.5 vorauss. Zeitraum der Ärztlichen Prüfung - Zweiter Abschnitt	
1.6 vorauss. Zeitraum der Ärztlichen Prüfung - Dritter Abschnitt	

**2. Anlagen**

aktuelle Immatrikulationsbescheinigung (beglaubigte Kopie)  
 liegt dem Antrag bei     wird nachgereicht

Nachweis über das Bestehen des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung/Zeugnis (beglaubigte Kopie)  
 liegt dem Antrag bei     wird nachgereicht

Studienverlaufsbescheinigung / detaillierte Semesterübersicht (beglaubigte Kopie)  
 liegt dem Antrag bei     wird nachgereicht

Weitere Anlagen/Unterlagen:

- Die Richtlinie des Landkreises Harburg über die Vergabe von Stipendien zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung im Landkreis Harburg in der geltenden Fassung 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:

---

**Bitte im Original unterschreiben!**

## Erklärung A - Erklärung zu den gemachten Angaben

Der Antragsteller erklärt, dass

- Änderungen der gemachten Angaben unverzüglich dem Landkreis Harburg, Fachbereich Soziales, Schloßplatz 6, 21423 Winsen/Luhe, 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;
- ihm die unter Ziffer 6 der Förderrichtlinie genannten Gründe für eine Rückzahlung des Stipendiums bekannt sind und in diesen Fällen der Erstattungsbetrag nach Maßgabe des § 49a Absatz 3 SVwVfG mit fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz nach § 247 BGB jährlich zu verzinsen ist;
- 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;

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<sup>1</sup> durchzuführen und abzuschließen (Ziffer 4 der Förderrichtlinie);
- die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung des Medizinstudiums aufzunehmen sowie im Fördergebiet zu absolvieren (Ziffer 4 der Förderrichtlinie);
- innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin eine hausärztliche Tätigkeit aufzunehmen und mindestens 60 Monate im Fördergebiet ärztlich tätig zu sein. Dies kann in eigener Niederlassung oder auch im Angestelltenverhältnis in einer Vertragsarztpraxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) erfolgen. Die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung kann auch in einer teilzeitstelle von mindestens 50% erfolgen. Dadurch verlängert sich die Verpflichtung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung entsprechend.

*Ort, Datum:*

*Rechtsverbindliche Unterschrift des Antragstellers:*

**Bitte im Original unterschreiben!**

<sup>1</sup> Hierbei wird u. a. Bezug auf die Regelstudienzeit und das Ablegen des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung im vorgesehenen Rahmen genommen. (§ 1 Absatz 2 und 3 der Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (BGBl. I S. 2405), zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 18. April 2016 ([BGBl. I S. 886](#)), in der jeweils geltenden Fassung).

**- 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 Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie weitergegeben werden und er für diese Anfragen grundsätzlich zur Verfügung steht.

*Ort, Datum:*

*Rechtsverbindliche Unterschrift des Antragstellers:*

---

**Bitte im Original unterschreiben!**