

Stand: 27. Februar 2025

Landratsamt Kelheim
Gesundheitsregion^{plus} Landkreis Kelheim
Donaupark 12
93309 Kelheim

Antragsformular für das Förderprogramm

Vergabe von Stipendien zur Verbesserung der medizinischen Versorgung im Landkreis Kelheim

Förderprogramm des Landkreises Kelheim

Hinweise zum Ausfüllen

1. Füllen Sie bitte das Antragsformular in den vorgesehenen Feldern sowie die Erklärungen A und B vollständig aus.
2. Senden Sie das ausgefüllte Formular als Mail-Anhang mit einem eindeutigen Dateinamen in folgender Form
JJJJ-MM-TT_MedStip_Nachname_Vorname
an die E-Mail-Adresse: gesundheitsregionplus@landkreis-kelheim.de
Beispiel: 2025-03-15_MedStip_Mustermann_Max

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

Für Rückfragen wenden Sie sich bitte an die

Gesundheitsregion^{plus} Landkreis Kelheim
Telefon: 09443 207-1043
E-Mail: gesundheitsregionplus@landkreis-kelheim.de

Hinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden meist auf die gleichzeitige Verwendung weiblicher und männlicher Sprachformen verzichtet und das generische Maskulin verwendet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

1. Basisinformationen

1. Antragsteller

Anrede / Akademischer Grad		
Vorname / Name		
Geburtsdatum		
Staatsangehörigkeit		
Straße / Hausnummer		
PLZ / Ort		
Bundesland		
Telefon / Handy		
E-Mail		

1.2 Studium *(falls bereits begonnen)*

Universität / 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	

2. Anlagen

Aktuelle **Immatrikulationsbescheinigung**

(Original, beglaubigte Kopie oder mit Verifikationsschlüssel)

- ☐ liegt dem Antrag bei
- ☐ wird nachgereicht
- ☐ noch nicht vorhanden (bei Studienanfängern)

Beglaubigte Kopie des **Zeugnisses über den Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung**

- ☐ liegt dem Antrag bei
- ☐ wird nachgereicht
- ☐ noch nicht vorhanden (bei Studienanfängern)

Studienverlaufsbescheinigung mit detaillierter Semesterübersicht (beglaubigte Kopie oder mit Verifikationsschlüssel)

- ☐ liegt dem Antrag bei
- ☐ wird nachgereicht
- ☐ noch nicht vorhanden (bei Studienanfängern)

Der Antragsteller bestätigt, dass er

- ☐ die *aktuelle* Richtlinie zur Vergabe von Stipendien zur Verbesserung der medizinischen Versorgung im Landkreis Kelheim (MedStipRL) zur Kenntnis genommen hat;
- ☐ erstmalig einen Antrag im Rahmen des o.g. Förderprogramms beim Landkreis Kelheim stellt.

Bankverbindung	
Name des Kontoinhabers:	
IBAN:	
BIC:	

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

Die Einwilligung des Antragstellers in die Datenverarbeitung der personenbezogenen Daten zur Bearbeitung der Bewerbung, Bewilligung und Verwaltung des Stipendiums erfolgt freiwillig. Wird die Einwilligung nicht erteilt so ist ihm bekannt, dass die Bearbeitung der Bewerbung sowie die Gewährung des Stipendiums nicht möglich sind.

Hiermit willigt der Antragsteller _____ (namentliche Nennung) in die Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten zum Zwecke der Bearbeitung, Bewilligung und Verwaltung bzw. der Bearbeitung eines ggf. entstehenden Erstattungsanspruches des Stipendiums ein. Die Einwilligung gilt auch für die Übermittlung der Daten an alle an der Bewilligung und Verwaltung des Stipendiums beteiligten Stellen innerhalb und außerhalb des Landratsamtes Kelheim und der Verarbeitung der übermittelten Daten durch diese Stellen. Hierzu gehören u.a. folgende Empfänger, welche im Auswahlgremium mitwirken:

- Vertreter des Ärztlichen Kreisverbandes Kelheim
- Ausgewählte politische Vertreter (Kreisräte)

Dem Antragsteller ist bekannt, dass die Einwilligung in die Datenverarbeitung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen durch Mitteilung an datenschutz@landkreis-kelheim.de ganz oder teilweise widerrufen werden kann. In diesem Fall erfolgt keine weitere Verarbeitung der personenbezogenen Daten im Rahmen des Stipendienprogramms für Humanmedizin des Landkreises Kelheim. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch diesen nicht berührt.

Weiterhin erklärt der Antragsteller, dass

- Änderungen der gemachten Angaben unverzüglich der Gesundheitsregion^{plus} Landkreis Kelheim 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, im Falle einer Förderung, die für eine Evaluation benötigen Daten zur Verfügung zu stellen.
- die **Datenschutzhinweise** zur Kenntnis genommen wurden und dass nähere Informationen zum Thema Datenschutz direkt bei der behördlichen Datenschutzbeauftragten unter 09441 207-1121 oder unter datenschutz@landkreis-kelheim.de erfragt werden können.

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 (MedStipRL Nr. 6);
- die fachärztliche Weiterbildung unmittelbar nach Beendigung des Medizinstudiums aufzunehmen (MedStipRL Nr. 7);
- innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss der fachärztlichen Weiterbildung eine ärztliche Tätigkeit aufzunehmen und mindestens 5 Jahre im Landkreis Kelheim ärztlich tätig zu sein (MedStipRL Nr. 7).

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]

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 Gesundheitsregion^{plus} Landkreis Kelheim weitergegeben werden und er für diese Anfragen grundsätzlich zur Verfügung steht.

Ort, Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift des Antragstellers
(**Bitte im Original unterschreiben!**)