Ärztekammer für Tirol

Abteilung Kurie ang. Ärzte

Anichstraße 7

6020 Innsbruck

**Förderantrag**

*Vom Vertragsarzt/-ärztin auszufüllen:*

|  |  |
| --- | --- |
| Name LehrpraxisinhaberIn: |  |
| VPNR: |  |
| Adresse Lehr(gruppen)praxis: |  |

**Lehrpraktikant/in**:

|  |  |
| --- | --- |
| Name: |  |
| VSNR und Geburtsdatum: |  |
| Adresse: |  |
| Ort der FA-Ausbildung (LKI oder BKH): |  |
| Email-Adresse: |  |
| Telefonnummer: |  |

Ich beantrage folgende Förderung:

|  |  |
| --- | --- |
| für den/die Lehrpraktikanten/-in für Kinder- und Jugendheilkunde: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Name des/der Lehrpraktikanten/-praktikantin |

EUR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ als Förderung der Lohnkosten pro Monat bei \_\_\_\_\_ Wochenstunden\*
Zeitraum von ................................. bis .................................

\*Anmerkung: Der maximale Förderbetrag idH von € 3.000,00 monatlich gebührt nur bei einer Lehrpraktikantentätigkeit im Ausmaß von 30 Wochenstunden in der Vertragspartner-Lehr(gruppen)-praxis; bei Verkürzung der Wochendienstzeit gebührt eine aliquote Fördersumme (Mindestbeschäftigungsausmaß 20 Wochenstunden).

*Bitte Zutreffendes ankreuzen:*

[ ]  Arzt in Ausbildung zum Facharzt lt. ÄAO 2015 im Modul:

**O** - Modul 1 Pädiatrische Diabetologie/Endokrinologie, Stoffwechsel, Gastroenterologie, Hepatologie

**O** - Modul 3 Fachspezifische Kardiologie, Pulmologie und Allergolgoie

**O** - Modul 5 Fachspezifische Nephrologie/Urologie

**O** - Modul 6 Neuropädiatrie/Schlafmedizin/Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter

[ ]  Arzt in Ausbildung zum Facharzt lt. ÄAO 2006:
anrechenbare Ausbildungsabschnitte bis zur Höchstdauer von 9 Monaten

für die Dauer von …... Monaten (max. 9) ab ............................ bis..................................

Die wöchentliche Normalarbeitszeit beträgt 30 Stunden / ….. Stunden.

Ergänzend zum Fördervertrag bestätige ich als Lehr(gruppen)praxisinhaberIn:

* Ich verfüge über eine aufrechte Berechtigung zum Betreiben einer Lehrpraxis für Kinder- und Jugendheilkunde und bin Vertragsarzt der ÖGK.
* Ich bestätige, dass die Lehrpraxis in einem Ausmaß von \_\_\_\_ Stunden pro Woche absolviert wird.
* Ich bestätige die Zahlung der Förderung als Gehaltsbestandteils des Lehrpraktikanten in voller Höhe. Nach Aufforderung durch die ÖGK bin ich bereit, die entsprechenden Nachweise vorzulegen.
* Ich stimme zu, dass die von mir angegebenen Daten zum Zweck der Bearbeitung des Förderungsantrags und sämtliche notwendige Daten zur Evaluierung des Pilotprojekts von der ÖGK verwendet und an die ÄKT zur Information weitergeleitet werden dürfen, wobei die Übermittlung auch per E-Mail erfolgen darf.
* Ich erkläre, alle vertraglichen Förderungsbedingungen zur Kenntnis genommen zu haben, die Voraussetzungen für die von mir beantragte Förderung zu erfüllen und beantrage die Auszahlung des Förderungsbetrags auf nachstehendes Bankkonto:

Kontoinhaber .......................................................................

IBAN ....................................................................................BIC………………………………….

* Ich stimme zu, einen Einzelvertrag für eine Vertrags-Lehr(gruppen)praxis mit der ÖGK abzuschließen.
* Sollte ich in der Folge die Förderbedingungen ohne wichtigen Grund nicht erbringen, so bin ich mit einer Rückzahlung der Förderung einverstanden.

................................... ......................................................................
Ort, Datum Unterschrift und Vertragsstempel des Vertragsarztes