

Antrag auf individuelle Förderung aus dem Innovationstopf – gültig für oberösterreichische Vertragsärztinnen und Vertragsärzte

„Überbrückungshilfe bei finanziellen Engpässen – Zusätzliche Vorauszahlung“


Sehr geehrte Antragstellerin, sehr geehrter Antragsteller,

bitte reichen Sie dieses Formular per Post oder Email (unterschrieben) bei Ihrer persönlichen Ansprechpartnerin ein: Ärztekammer für Oberösterreich, z. H. Mag. Tanja Müller-Poulakos, Dinghoferstraße 4, 4010 Linz, mueller-poulakos@aekoee.at

Sie werden schriftlich über das Ergebnis der Prüfung Ihres Antrages durch Ärztekammer für Oberösterreich und ÖGK informiert!

Persönliche Daten			
Titel:	<input type="text"/>	Anrede:	Wählen Sie ein Element aus.
Vor- und Zuname(n):	<input type="text"/>		
Geburtsdatum:	<input type="text"/>		
Telefonnummer Ordination:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>
Telefonnummer außerhalb der Ordinationszeiten:	<input type="text"/>		
Vertragsarztstätigkeit			
Vertragspartnernummer	<input type="text"/>		
Fachgebiet	<input type="text"/>		
Berufssitz künftige Vertragstätigkeit	<input type="text"/>	Vertragsbeginn:	<input type="text"/>
Höhe des benötigten Betrages und gewünschter Rückzahlungszeitraum			
Euro	<input type="text"/>		
Beachten Sie: Diese finanzielle Unterstützung ist mit der Höhe der letzten Vorauszahlung, maximal mit der Höhe von Euro 50.000,-, begrenzt. Sollten Sie noch keine Vorauszahlung erhalten haben, wird der Durchschnitt der Vorauszahlungen des entsprechenden Vergleichszeitraumes der jeweiligen Fachgruppe herangezogen.			
Rückzahlungszeitraum (6 bis 12 Monate)	<input type="text"/> Monate		
Beachten Sie: Der Betrag wird beginnend ab der nächsten Vorauszahlung in den nächsten 6 bis 12 Monaten aliquot vom Honorar einbehalten – die Länge des Rückzahlungszeitraums kann von Ihnen in diesem Zeitraum frei gewählt werden.			
Kontodaten			
Kontoinhaber:	<input type="text"/>		
IBAN:	<input type="text"/>	BIC:	<input type="text"/>

Erklärung	
✓	Ich erkläre an Eides statt, den Antrag vollständig und wahrheitsgemäß ausgefüllt zu haben.
✓	Vorbehaltlich der Zustimmung durch Kammer und Kasse erhalte ich die beantragte Förderung bei Vorliegen der Voraussetzungen und ausschließlich für die oben angeführte Maßnahme.
✓	Sollten weitere Daten zur Prüfung der Förderwürdigkeit nötig sein, werde ich diese sowohl der Kammer als auch der Kasse auf Verlangen zur Verfügung stellen.
✓	Ich verpflichte mich zur gänzlichen Rückzahlung des Förderungsbetrages. Der Betrag wird im oben angeführten Rückzahlungszeitraum aliquot von meinem Honorar einbehalten und so an den Innovationstopf zurückerstattet. Sollte mein Kassenvertrag zu einem früheren Zeitraum aufgelöst werden und die Tilgung des bewilligten und ausbezahlten Förderungsbetrages zu diesem Zeitpunkt nicht in voller Höhe erfolgt sein, tritt mit sofortiger Wirkung Terminsverlust ein, sodass der gesamte offene Betrag sofort zur Rückzahlung fällig wird. In diesem Fall wird der offene Restbetrag von der Endabrechnung der vertraglichen Tätigkeit einbehalten. Kann durch Einbehalt von der Endabrechnung nicht der gesamte offene Betrag eingebracht werden, verpflichte ich mich, den noch ausstehenden Betrag binnen 14 Tagen nach der Endabrechnung an den Innovationstopf zu überweisen.
✓	Eine Überbrückungshilfe („Zusätzliche Vorauszahlung“ oder „Vorfinanzierung der Ablöse für Juniorpartner in einer Gruppenpraxis Modell 4“) kann zum Vertragsbeginn auch kombiniert (Maximalbetrag auch bei Kombination gesamt € 50.000,00) und in der Folge maximal ein weiteres Mal – im Abstand von zumindest einem Jahr – in Anspruch genommen werden. Voraussetzung ist, dass der gewährte Gesamtbetrag der ersten Inanspruchnahme bereits zur Gänze zurückgezahlt wurde
✓	Die Antragstellung für diese Maßnahme ist ab dem Zeitpunkt möglich, zu dem die Stelle vom Vertragsarzt/von der Vertragsärztin angenommen wurde. Die Auszahlung erfolgt frühestens ab der tatsächlichen Aufnahme der Vertragsarztstätigkeit.
✓	Der Verwendungszweck muss in Zusammenhang mit der vertraglichen Tätigkeit stehen und Kammer und Kasse mitgeteilt werden.
✓	Ich nehme zur Kenntnis, dass eine Förderung aus dem Innovationstopf an den zum Zeitpunkt der Antragstellung gültigen Maßnahmenkatalog sowie an die Verfügbarkeit finanzieller Mittel gebunden ist.

Unterschrift	
Datum, Unterschrift des/der Antragsteller/in und Vertragsarztstempel	

Prüfergebnis (auszufüllen von ÄKOÖ und ÖGK)	
<p>Ärztchammer für Oberösterreich:</p> <p>Die Zustimmung zur Förderung aus dem Innovationstopf wird gegeben:</p> <p><input type="checkbox"/> JA</p> <p><input type="checkbox"/> NEIN</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Datum:</p> <p>Unterschrift:</p>	<p>ÖGK:</p> <p>Die Zustimmung zur Förderung aus dem Innovationstopf wird gegeben:</p> <p><input type="checkbox"/> JA</p> <p><input type="checkbox"/> NEIN</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Datum:</p> <p>Unterschrift:</p>