



**Landkreis Hof**  
wir sind Heimat

Stand: 01. Januar 2024

Landratsamt Hof  
Gesundheitsregion Plus Hofer Land  
Schaumbergstr. 14  
95032 Hof

Antragsformular für das Förderprogramm  
Vergabe von Stipendien zur Verbesserung der medizinischen Versorgung im Landkreis Hof  
Förderprogramm des Landkreises Hof

#### 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 vorab mit einem eindeutigen Dateinamen in folgender Form **JJJJ-MM-TT\_Stip\_Nachname\_Vorname** an die E-Mail-Adresse: **gesundheitsregionenplus@landkreis-hof.de**  
Beispiel: 2019-02-01\_Stip\_Mustermann\_Max

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

Für Rückfragen wenden Sie sich bitte an die Gesundheitsregion Plus Hofer Land:  
**Tel.: (0 92 81) 57-167; E-Mail: gesundheitsregionenplus@landkreis-hof.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

1.1 Antragsteller		
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		
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	
Vsl. Ort der ärztlichen Tätigkeit	

## 2. Anlagen

### Aktuelle **Immatrikulationsbescheinigung**

(Original, beglaubigte Kopie oder mit Verifikationsschlüssel)

- liegt dem Antrag bei
- wird nachgereicht

Beglaubigte Kopie des Zeugnisses über den Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

- liegt dem Antrag bei
- wird nachgereicht

Studienverlaufsbescheinigung mit detaillierter Semesterübersicht  
(beglaubigte Kopie oder mit Verifikationsschlüssel)

- liegt dem Antrag bei
- wird nachgereicht

Der Antragsteller bestätigt, dass er

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

Gewünschte erstmalige Auszahlung am \_\_\_\_\_

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

Der Antragsteller wird darauf hingewiesen, dass die Einwilligung in die Datenverarbeitung, insbesondere in die Erhebung, Speicherung, Nutzung und Übermittlung – ggf. auch durch hinzugezogene Institutionen – der für die Bearbeitung der Bewerbung, der Bewilligung und Verwaltung des Stipendiums erforderlichen personenbezogenen Daten nach dem Bayerischen Datenschutzgesetz (BayDSG) freiwillig ist. Die nachstehende Einwilligung erfolgt unbeschadet des Rechts zum Widerruf mit Wirkung für die Zukunft, sofern dem keine Rechtsgründe entgegenstehen. Die Nichteinwilligung hätte jedoch zur Folge, dass die Bearbeitung der Bewerbung sowie die Gewährung des Stipendiums unmöglich werden.

Der Antragsteller willigt in die Verarbeitung, insbesondere in die Erhebung, Speicherung und Nutzung der Daten zum Zwecke der Bearbeitung, Bewilligung und Verwaltung bzw. der Bearbeitung eines ggf. entstehenden Erstattungsanspruchs 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 Hof und die Verarbeitung der übermittelten Daten durch diese Stellen. Hierzu gehören die Institutionen, die im Auswahlgremium mitwirken:

- Vertreter der regionalen Ärztenetzwerke,
- Vertreter der niedergelassenen Ärzteschaft und
- Vertreter des Weiterbildungsverbundes Hof-Hochfranken.

Darüber hinaus behält es sich der Landkreis Hof vor, Informationen einzuholen bei der Universität, bei der der Antragsteller eingeschrieben ist. Bei ausländischen Bewerbern kann die jeweils örtlich zuständige Ausländerbehörde unter Einbeziehung der Ausländerbehörde des Landkreises angefragt werden (z. B. zur Einsicht der Akte).

Weiterhin erklärt der Antragsteller, dass

- Änderungen der gemachten Angaben unverzüglich der Gesundheitsregion Plus Hofer Land 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 benötigten Daten zur Verfügung zu stellen.
- die **Datenschutzhinweise** zur Kenntnis genommen wurden und dass zur Verarbeitung der personenbezogenen Daten zugestimmt wird.

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.5);
- die fachärztliche Weiterbildung unmittelbar nach Beendigung des Medizinstudiums aufzunehmen sowie im Landkreis Hof zu absolvieren (MedStipRL Nr. 6);
- innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss der fachärztlichen Weiterbildung eine ärztliche Tätigkeit aufzunehmen und mindestens 48 Monate im Landkreis Hof ärztlich tätig zu sein (MedStipRL Nr. 6).

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 vorgesehenen Rahmen genommen. [ § 1 Abs. 2 und 3 der Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (BGBl. I S. 2405), in der jeweils gültigen Fassung]

Wird der Zuwendungsbescheid rückwirkend unwirksam oder widerrufen, ist gemäß Nr. 7 der Richtlinie (MedStipR) die Zuwendung zu erstatten und in der Regel vom Eintritt der Unwirksamkeit des Zuwendungsbescheids an bzw. ab Auszahlung der jeweiligen Beträge mit fünf Prozentpunkten über den Binnensatz nach §247 BGB 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 der Zuwendungsempfänger die Umstände, die zur Unwirksamkeit bzw. zum Widerruf des Zuwendungsbescheids geführt haben, nicht zu vertreten hat.

## 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 Hofer Land weitergegeben werden und er für diese Anfragen grundsätzlich zur Verfügung steht.

Ort, Datum:

Rechtsverbindliche Unterschrift des Antragstellers:

Bitte im Original unterschreiben!