

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ oder ausfüllen.

An die  
Sächsische Aufbaubank – Förderbank –  
  
04022 Leipzig

**Kundennummer**

**Antragsnummer** (von der SAB auszufüllen)

**Förderantrag – Förderprogramm „Heilberufe“  
(Teil 2 Abschnitt A der Richtlinie)**

## 1. Antragsteller

**Name des Krankenhauses | Landkreis | Kreisfreie Stadt**

- ☐ **Landkreis/Kreisfreie Stadt**  
☐ **Krankenhaus**

**Straße, Hausnummer**

**Ansprechpartner**

**PLZ Ort**

**Telefonnummer**

**Fax**

ggfs. **Registergericht | Registernummer**

**E-Mail-Adresse**

Bankverbindung

**Kontoinhaber** (wenn vom Antragsteller abweichend)

**BIC**

**IBAN** (Eingabe ohne Leerzeichen)

**Bankinstitut**

- ☐ **Erstantrag zur Förderung eines Weiterbildungsabschnittes beim Antragsteller**  
☐ **Folgeantrag zu noch nicht geförderten Weiterbildungsabschnitten**

Erfolgte bereits eine Förderung des Antragstellers auf der Grundlage dieser Richtlinie nach Teil 2 Abschnitt A Ziffer II Nr. 1

- ☐ **ja** ☐ **nein**

Teilnahme der Einrichtung an einem Weiterbildungsverbund

- ☐ **ja** ☐ **nein**

wenn ja:

**Name des Weiterbildungsverbundes**

**2. Maßnahme****2.1** Gegenstand der Förderung (keine Mehrfachnennung)

- ☐ **zusätzliche Weiterbildungsstelle für die Durchführung von Abschnitten der fachärztlichen Weiterbildung in nachfolgenden Fachgebieten, für die im vertragsärztlichen Bereich ein Bedarf besteht**
- ☐ **Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie**
- ☐ **Augenheilkunde**
- ☐ **Kinder- und Jugendmedizin**
- ☐ **Haut- und Geschlechtskrankheiten**
- ☐ **Neurologie**
- ☐ **Psychiatrie und Psychotherapie**
- ☐ **Weitere Facharztgruppe** (sofern im Internetportal der Bewilligungsstelle veröffentlicht)

**Bezeichnung**

Angaben zum Weiterzubildenden

**Name / Vorname****Weiterbildungsabschnitt nach WeiterbildungsVO****Beschäftigungsumfang** (Stunden pro Monat)

- ☐ **Weiterbildungsstelle für die Durchführung von Abschnitten der fachärztlichen Weiterbildung in den Fachgebieten:**

- ☐ **Öffentliches Gesundheitswesen**

- ☐ **Hygiene und Umweltmedizin**

**Gesundheitsamt**

Angaben zum Weiterzubildenden

**Name / Vorname**

Weiterbildungsabschnitt nach WeiterbildungsVO

- ☐ **unmittelbare Patientenversorgung**

- ☐ **Psychiatrie**

- ☐ **Amtsarztkurs**

**2.2** Zeitraum der Durchführung**Voraus. Beginn am** (TT.MM.JJJJ)**Voraus. Ende** (TT.MM.JJJJ)**Dauer in Monaten****2.3** Vorhabenssort (sofern abweichend von Sitz des Antragstellers)**Straße, Hausnummer****PLZ Ort****2.4** Beschreibung der Maßnahme

Möglichst kurze, aber eindeutige Beschreibung der Maßnahme

**3. Ausgaben****3.1** geplante Ausgaben**Gesamtausgaben (Personalausgaben)<sup>1</sup>** (in €)<sup>1</sup> zuwendungsfähige Ausgaben

**3.2** Zeitlicher Anfall (nur bei Beantragung mehrjähriger Projekte)**Fördergegenstand nach Ziffer II Nr. 1 für 2 Kalenderjahre**

		Betrag (in €)
im Jahr	<input type="text"/>	<input type="text"/>
im Jahr	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Insgesamt</b>		<input type="text"/>

**Fördergegenstand nach Ziffer II Nr. 2 für 5 Kalenderjahre**

		Betrag (in €)
im Jahr	<input type="text"/>	<input type="text"/>
im Jahr	<input type="text"/>	<input type="text"/>
im Jahr	<input type="text"/>	<input type="text"/>
im Jahr	<input type="text"/>	<input type="text"/>
im Jahr	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Insgesamt</b>		<input type="text"/>

**4. Finanzierung**

Hinweise zur Finanzierung:

Für Fördergegenstand nach Ziffer II Nr. 1 beträgt die Zuwendung bis zu 4.000 € pro Monat und nach Ziffer II Nr. 2 bis zu 2.700 € pro Monat für eine Vollzeittätigkeit (40 Wochenstunden).

**4.1** Fördergegenstand gemäß Richtlinie Teil 2 Abschnitt A Ziffer II Nr. 1

	Wochenarbeitszeit (bitte ändern, wenn Teilzeit)	Beschäftigungsdauer (in Monaten)	Personalkosten- pauschale	beantragte Zuwendung in €
zusätzliche Weiterbildungsstelle in Vollzeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>oder</b>				
zusätzliche Weiterbildungsstelle in Teilzeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Eigenmittel (mindestens 30% der zuwendungsfähigen Ausgaben)				<input type="text"/>
<b>Finanzierung gesamt</b>				<input type="text"/>

Hinweis: Die Zuwendung darf nicht mehr als 70% der Gesamtkosten betragen (siehe Ziffer 3.1).

**4.2** Fördergegenstand gemäß Richtlinie Teil 2 Abschnitt A Ziffer II Nr. 2

	Wochenarbeitszeit (bitte ändern, wenn Teilzeit)	Beschäftigungsdauer (in Monaten)	Personalkosten- pauschale	beantragte Zuwendung in €
Weiterbildungsstelle in Vollzeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>oder</b>				
Weiterbildungsstelle in Teilzeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Eigenmittel (mindestens 50% der zuwendungsfähigen Ausgaben)				<input type="text"/>
<b>Finanzierung gesamt</b>				<input type="text"/>

Hinweis: Die Zuwendung darf nicht mehr als 50% der Gesamtkosten betragen (siehe Ziffer 3.1).

**5. Weitere Antragsunterlagen**

Dem Antrag sind folgende Anlagen beizufügen:

bei juristischen Personen des Privatrechts:

☐ **aktueller, vollständiger Registerauszug** (Vereinsregister o.ä.),  
**sofern dieser nicht bereits bei der SAB eingereicht wurde**  
**oder sich geändert hat**

☐ **Anzeige eines Zeichnungsbefugten** (Unterschriftenprobe - SAB-Vordruck 61547-1)

## 6. Erklärungen

### 6.1 Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben

Der Antragsteller versichert die Richtigkeit und Vollständigkeit sowohl der vorstehenden als auch der in den Anlagen zum Antrag gemachten Angaben. Ferner versichert der Antragsteller, dass kein/e Insolvenzverfahren, Zwangsvollstreckungsmaßnahmen (einschließlich Abgabe einer eidesstattlichen Versicherung) oder Mahn-/ Klageverfahren, die für die wirtschaftlichen Verhältnisse des Antragstellers von Bedeutung sind, beantragt oder durchgeführt und auch keine Kreditkündigungen ausgesprochen oder Scheckretouren/ Wechselproteste vorgekommen sind. Dem Antragsteller ist bekannt, dass falsche Angaben den Widerruf der Zuwendung und die Rückerstattung bereits ausgezahlter Beträge nebst Verzinsung zur Folge haben können.

6.2 Der Antragsteller erklärt, dass für dieses Vorhaben bisher keine öffentlichen Förderungen gewährt wurden und bis auf die hier genannten auch keine weiteren öffentlichen Förderungen beantragt sind.

6.3 Der Antragsteller erklärt, dass das Vorhaben (Beginn des Weiterbildungsabschnittes beim Antragsteller) noch nicht begonnen ist und dass es auch nicht vor der Bekanntgabe des Zuwendungsbescheides beziehungsweise vor der etwaigen Genehmigung des vorzeitigen Vorhabensbeginns begonnen wird. Dem Antragsteller ist bekannt, dass der vorzeitige Projektbeginn ohne Genehmigung zu einer Förderunfähigkeit des gesamten Projektes führen kann.

6.4 Der Antragsteller erklärt, dass die Zuwendung ausschließlich zur Finanzierung des beschriebenen Vorhabens verwendet wird.

6.5 Dem Antragsteller ist bekannt, dass ein Rechtsanspruch auf Zuschussgewährung nicht besteht und auch nicht durch die Antragstellung begründet wird. Dem Antragsteller ist die Richtlinie „Heilberufe“ in der jeweils gültigen Fassung bekannt.

6.6 Der Antragsteller hält die Nachweise zu vorstehenden Angaben und Erklärungen zu Prüfzwecken vor. Der Antragsteller erklärt, die Nachweise und weitere Unterlagen auf Anforderung der SAB nachzureichen.

6.7 Der Antragsteller erklärt sein Einverständnis, dass bei Bedarf Kopien der Antragsunterlagen sowie im Falle der Bewilligung eine Kopie des Zuwendungsbescheides an die am Förderverfahren beteiligten Stellen abgegeben werden.

6.8. Der Antragsteller erklärt, dass die Approbationsurkunde des Weiterzubildenden vorliegt.

### 6.9 Erklärungen zu Fördergegenstand gemäß Ziffer II Nr. 1 der Richtlinie

6.9.1 Der Antragsteller erklärt, dass er den Weiterzubildenden auf einer zusätzlichen Weiterbildungsstelle beschäftigt und dass der Weiterbildungsabschnitt mindestens 6 Monate dauert.

6.9.2 Der Antragsteller erklärt, dass alle planmäßigen fachärztlichen Weiterbildungsstellen des Antragstellers zum Zeitpunkt der Antragstellung besetzt sind.

6.9.3 Der Antragsteller erklärt, dass ihm eine Bereitschaftserklärung des Weiterzubildenden mit folgendem Inhalt vorliegt: Der Weiterzubildende absolviert oder absolvierte eine Weiterbildung und einen mindestens zwölfmonatigen Weiterbildungsabschnitt im vertragsärztlichen Bereich in einem unter Ziffer 2.1 genannten Fachgebiet und nimmt nach Abschluss der Weiterbildung eine fachärztliche Tätigkeit im Freistaat Sachsen im vertragsärztlichen Bereich bevorzugt im ländlichen Raum auf.

6.9.4 Der Antragsteller verpflichtet sich, den Weiterzubildenden zur weiterbildungsbegleitenden Vermittlung von fachspezifischen Kenntnissen und Fertigkeiten unter Fortzahlung der Vergütung an 5 Arbeitstagen pro Jahr von der Arbeit freizustellen.

6.9.5 Der Antragsteller verpflichtet sich, die Zuwendungen und seinen Eigenanteil in voller Höhe für die Entgeltzahlung der oder des Weiterzubildenden zu verwenden.

### 6.10 Erklärungen zu Fördergegenstand gemäß Ziffer II Nr. 2 der Richtlinie

6.10.1 Der Antragsteller erklärt, dass er Weiterzubildende beschäftigt, die bislang nicht über eine fachärztliche Qualifikation für die Fachgebiete Öffentliches Gesundheitswesen oder Hygiene und Umweltmedizin verfügen.

6.10.2 Der Antragsteller erklärt, dass sich der Weiterzubildende verpflichtet hat, eine Weiterbildung in einem der genannten Fachgebiete zu absolvieren.

6.10.3 Der Antragsteller oder eine andere Behörde des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Freistaat Sachsen verpflichtet sich, die Fachärztin oder den Facharzt mindestens 60 Monate, nachdem sie/er zum Führen der Facharztbezeichnung in den Gebieten Öffentliches Gesundheitswesen oder Hygiene und Umweltmedizin befugt ist, weiter zu beschäftigen (Nachbeschäftigungszeitraum). Für den Facharzt Hygiene und Umweltmedizin gilt diese Voraussetzung auch bei einer Weiterbeschäftigung in einem sächsischen Krankenhaus als erfüllt.

### 6.11 Datenschutzhinweis

Dem Antragsteller ist bekannt, dass die Sächsische Aufbaubank - Förderbank - gemäß § 8 a Förderbank-Gesetz zur Erfüllung ihrer Aufgaben befugt ist, personenbezogene Daten von Antragstellern und Kunden der Bank zu verarbeiten. Der Antragsteller erklärt, dass er das Datenschutz-Informationsblatt DSGVO (SAB-Vordruck 64005) erhalten und den Inhalt zur Kenntnis genommen hat.

Antragsteller

**Ort**

**Datum** (TT.MM.JJJJ)

**rechtsverbindliche Unterschrift | Stempel | Name in Klarschrift**