

# Förderantrag Strukturfonds (Anstellung)

Eingang

Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen  
Lyoner Str. 21  
60528 Frankfurt/M  
Abteilung VZD  
Telefon 069-6607/394  
Telefax 069-6607/374  
strukturfonds@kzv.de

## Antrag auf Förderung zur Anstellung einer Zahnärztin/eines Zahnarztes, gemäß § 105 Abs. 1a Satz 6 SGB V

### 1. Antragsteller/in (Arbeitgeber/in)

Abrechnungsnummer: .....

Name/Vorname/Titel  
Praxisinhaber/in: .....

Praxisanschrift: .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

### 2. Angestellte Zahnärztin/angestellter Zahnarzt

Name/Vorname/Titel: .....

als      **ZA**            **KFO**     

- ganztags (mehr als 30 Std. pro Woche)
- halbtags (10 Std. bis 30 Std. pro Woche)

**Beginn der Tätigkeit:** \_\_\_\_\_

- Hiermit bestätige/n ich/wir, dass ein Antrag auf Genehmigung zur Anstellung einer Zahnärztin/eines Zahnarztes bereits beim Zulassungsausschuss vorliegt und mit den hier aufgeführten Daten übereinstimmt.
- Ich/wir verpflichte/n mich/uns zu Unrecht erhaltene Förderungen unverzüglich an die KZV Hessen zurückzuzahlen.

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift vertretungsberechtigte Person/en  
u. Praxisstempel

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift vertretungsberechtigte Person/en  
u. Praxisstempel

**Die Bewilligung der Förderung erfolgt durch einen Förderbescheid. Ein Rechtsanspruch auf Förderung besteht nicht. Eine evtl. Versteuerung der Förderung obliegt dem/der Antragsteller/in.**