



## **Antrag auf Förderung der Fortbildung Gruppenpsychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie**

### **1. Antragsteller**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Betriebsstättennummer (BSNR) \_\_\_\_\_

Geschäftsführer/ Kaufmännische Leitung (BAG/MVZ) \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

### **2. Finanzielle Förderung der Fortbildung**

- Mitteilung über die Dauer der Fortbildung:

vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

- Kosten der Fortbildung: \_\_\_\_\_

Bitte reichen Sie folgende Nachweise ein.

- Kopie des Personalausweises / Reisepasses
- Anmeldung der Fortbildung

**Wir bitten die o.g. Felder vollständig auszufüllen, da nur so eine abschließende Antragsbearbeitung möglich ist.**

### **Bitte senden Sie Ihren Antrag nebst Unterlagen an:**

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Abteilung Qualitätsförderung

Georg-Voigt-Str. 15

60325 Frankfurt am Main

Tel: 069 79502-969

Fax: 069 79502-8922

E-Mail: [foerderung.therapeuten@kvhessen.de](mailto:foerderung.therapeuten@kvhessen.de)



Alle Details zu den Regelungen finden Sie in der „Richtlinie zur Förderung der ambulanten Aus-, Fort- und Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie und ärztliche Psychotherapeuten“.

**Bitte beachten Sie, dass...**

**...die Förderung ein einmaliger Zuschuss in Höhe der tatsächlich entstandenen Fortbildungskosten, jedoch begrenzt auf maximal 1.500€ ist**

**...die Auszahlung nach Abschluss der Fortbildung erfolgt**

**...Voraussetzung für die Auszahlung des Förderbetrages ist die Abrechnungsgenehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen zur Gruppenpsychotherapie oder zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie der Nachweis der abgeschlossenen Fortbildung und ein Nachweis über die tatsächlich entstandenen Fortbildungskosten ist**

**...eine rückwirkende Einreichung des Fortbildungsnachweises, später als drei Monate nach Abschluss der Fortbildung, nicht möglich ist**

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift

Vertragsarztstempel