



An das
Regierungspräsidium Gießen
Dezernat 61
Postfach 10 08 51
35338 Gießen

**Antrag¹ auf Gewährung einer Zuwendung
zur Förderung von Maßnahmen bei Kinderwunschbehandlungen nach den Richtlinien des
Landes Hessen²**

Antragstellerin	Antragstellerin/Antragsteller
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Gemeinsame Anschrift:	
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Telefon:	Telefon:
E-Mail:	E-Mail:
Gesetzliche Krankenversicherung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gesetzliche Krankenversicherung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Private Krankenversicherung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Private Krankenversicherung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beihilfeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Beihilfeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen und alle Kästchen ankreuzen

Wir sind miteinander verheiratet: ja nein

Wir leben in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft: ja nein

Wir leben in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft: ja nein

¹ Antrag ist im Original zu übersenden.

² Richtlinie des HMSI für die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion im Land Hessen 26.12.2022 (StAnz. S. 1508).

Erklärung

1. Wir versichern die Richtigkeit und Vollständigkeit vorstehender Angaben und nehmen zur Kenntnis, dass unvollständige und/oder unrichtige Angaben zu einem Widerruf der Zuwendung führen können.
2. Bei nicht verheirateten Paaren: Wir versichern, in einer festen nichtehelichen Lebensgemeinschaft nach Nr. 4 Abs. 2 oder Abs. 3 der Richtlinie für die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion im Land Hessen zu leben und beabsichtigen, das Kind gemeinsam aufzuziehen.
3. Uns ist bekannt, dass mit der Behandlung begonnen werden muss, solange die Person, die sich der hormonellen Stimulation unterziehen wird, das 40. und die Partnerin bzw. der Partner das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
4. **Uns ist bekannt, dass es sich bei dem im Antrag enthaltenen Daten um personenbezogene Daten, die dem Schutz des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und des Hessischen Datenschutzgesetzes (HDSG) unterliegen, soweit nichtöffentliche Stellen im Sinne des § 2 BDSG oder öffentliche Stellen nach § 3 HDSG betroffen sind, handelt.**
5. **Wir sind damit einverstanden, dass die im Antrag enthaltenen Daten bei der Bewilligungsbehörde auf Datenträgern gespeichert sowie beim Hessischen Ministerium Soziales und Integration und beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben, 50964 Köln, in anonymer Form für Zwecke der Statistik und Erfolgskontrolle verwendet werden.**
6. **Wir willigen ein, dass die zuständige Bewilligungsbehörde für die Bearbeitung des Antrags, falls notwendig, weitere Informationen von dem behandelnden Reproduktionsmedizinischen Zentrum, der Apotheke und von der Krankenkasse einholen darf (Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht).**
7. Uns ist bekannt, dass wir diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen können.
8. Uns ist bekannt, dass wir der Bewilligungsbehörde unverzüglich mitzuteilen haben, wenn sich die für die Bewilligung maßgeblichen Umstände ändern oder wegfallen.
9. **Wir versichern, mit dem Behandlungszyklus noch nicht begonnen zu haben. Als Beginn ist regelmäßig die Einlösung des Rezepts für die der Maßnahme vorausgehenden Hormonbehandlung anzusehen.**
10. **Uns ist bekannt, dass mit der Maßnahme erst nach der Erteilung des Bewilligungsbescheides begonnen werden darf.**
11. **Uns ist bekannt, dass der Förderanteil des Bundes unter dem Vorbehalt ausreichend vom Bund zur Verfügung gestellter Mittel gewährt wird. Wir erklären hiermit, dass die Finanzierung der Gesamtmaßnahme (Durchführung des vierten Behandlungszyklus) durch uns auch dann gesichert ist, wenn vom Bund ggf. keine Fördermittel zur Verfügung gestellt werden.**