



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

**Antrag<sup>1</sup> auf Gewährung einer Zuwendung  
zur Förderung von Maßnahmen bei Kinderwunschbehandlungen nach den Richtlinien  
des Bundes und des Landes Hessen<sup>2</sup>**

<b>Antragstellerin</b>	<b>Antragsteller</b>
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Anschrift:	Anschrift: (wenn abweichend von Anschrift der Antragstellerin)
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Telefon:	Telefon:
E-Mail:	E-Mail:
gesetzliche Krankenversicherung: [ ____   ja   ____   nein	gesetzliche Krankenversicherung:   ____   ja   ____   nein
private Krankenversicherung:   ____   ja   ____   nein	private Krankenversicherung:   ____   ja   ____   nein
Beihilfeberechtigt: ____ja ____nein	Beihilfeberechtigt: ____ja ____nein

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Nach den o. g. Richtlinien beantragen wir aus Mitteln des Bundes und des Landes für die Gewährung einer Zuwendung in Höhe von bis zu 75 v. H des uns verbleibenden Selbstkostenanteils zur Förderung von Maßnahmen bei Kinderwunschbehandlungen für den vierten Behandlungszyklus bei:

<sup>1</sup> Antrag ist im Original zu übersenden.

<sup>2</sup> Richtlinie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion vom 29. März 2012, zuletzt geändert am 23. Dezember 2015 sowie Richtlinie des HMSI für die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion im Land Hessen 15.Juni 2018 (StAnz. S. 857).

- einer IVF-Behandlung bis maximal 3.000 € (Förderhöchstbetrag).
- für eine ICSI- Behandlung bis maximal 3.300 € (Förderhöchstbetrag).

Die Behandlung soll in einem hessischen reproduktionsmedizinischen Zentrum in

\_\_\_\_\_ erfolgen.  
(PLZ, Ort)

<b><u>Angabe Ihrer Bankverbindung</u></b>					
<b>Kontoinhaber/in:</b> _____					
<b>IBAN:</b>					
□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □

Fügen Sie diesem Antrag für jeden Antragsteller bitte folgende Unterlagen bei:

**Bei gesetzlicher Krankenversicherung:**

1. Die ärztliche Bestätigung des reproduktionsmedizinischen Zentrums sowie den voraussichtlichen Kostenplan für den vierten Behandlungszyklus (Anlage 1)
2. Kopie des Personalausweises (beidseitig)
3. Kopie der Eheurkunde (hier genügt ein Exemplar) oder bei nichtverheirateten Paaren die Erklärung Ihrer Ärztin/Ihres Arztes zur Anerkennung als nichteheliche Lebensgemeinschaft nach Nr. 3 Abs. 2 der Richtlinie für die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion im Land Hessen (Anlage 1).
4. Kostenübernahme- oder Negativbescheid der Krankenkasse.

**Bei privater Krankenversicherung: (ggf. mit Beihilfeberechtigung)**

1. Die ärztliche Bestätigung des reproduktionsmedizinischen Zentrums sowie den voraussichtlichen Kostenplan für den vierten Behandlungszyklus (Anlage 1)
2. Kopie des Personalausweises (beidseitig)
3. Kopie der Eheurkunde (hier genügt ein Exemplar) oder bei nichtverheirateten Paaren die Erklärung Ihrer Ärztin/Ihres Arztes zur Anerkennung als nichteheliche Lebensgemeinschaft nach Nr. 3 Abs. 2 der Richtlinie für die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion im Land Hessen (Anlage1).
4. Kostenübernahme- oder Negativbescheid der Krankenkasse/ Beihilfestelle.

## 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 nichtehelichen Lebensgemeinschaft nach Nr. 3 Abs. 2 der Richtlinie für die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion im Land Hessen zu leben und der Vater beabsichtigt, die Vaterschaft an dem Kind anzuerkennen.
3. Uns ist bekannt, dass mit der Behandlung begonnen werden muss, solange die Antragstellerin das 40. und der Antragsteller 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 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.**