

Zentrum Bayern Familie und Soziales
 PG VI – Kinderwunschförderung
 Hegelstr. 2
 95447 Bayreuth

Eingangsstempel

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

Antrag – Ehepaare

Erstmalige Antragstellung

oder

Folgeantrag zum Aktenzeichen _____

auf Gewährung einer nicht rückzahlbaren Zuwendung für die In-Vitro-Fertilisations (IVF)- oder die Intrazytoplasmatische Spermien-injektions (ICSI)-Behandlung nach der Richtlinie des Bayerischen Staatsministeriums für Familie, Arbeit und Soziales zur Förderung von Kinderwunschbehandlungen (Kinderwunsch-Richtlinie) vom 08.10.2020, Az.: IV1/6541.01/630, sowie der Richtlinie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion vom 29.03.2012, zuletzt geändert am 23.12.2015.

1 Angaben zu den Antragstellenden

| | Ehefrau | Ehemann |
|------------------------------|---------|---------|
| Nachname | | |
| Vorname | | |
| Geburtsdatum | | |
| Straße/Hausnummer | | |
| PLZ/Wohnort | | |
| Telefonnummer für Rückfragen | | |

2 Angaben zur Krankenversicherung

| | Ehefrau | Ehemann |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| gesetzlich krankenversichert (GKV) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Krankenkasse | | |
| privat krankenversichert (PKV) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Krankenkasse | | |

2 Angaben zur Krankenversicherung – Fortsetzung

| | Ehefrau | Ehemann |
|--|--------------------------|--------------------------|
| beihilfeberechtigt/ heilfürsorgeberechtigt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beihilfe-/ Heilfürsorgestelle | | |
| Anspruch gegen sonstigen Leistungsträger (auch private Zusatzversicherung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bezeichnung des Leistungsträgers | | |

3 Antrag auf Gewährung einer nicht rückzahlbaren Zuwendung für eine

| <input type="checkbox"/> IVF-Behandlung | <input type="checkbox"/> ICSI-Behandlung |
|--|--|
| für den | |
| ggfs. als Wiederholungsversuch zum jeweiligen Behandlungszyklus (nach klinischer Schwangerschaft ohne nachfolgende Geburt) | |
| <input type="checkbox"/> ersten Behandlungszyklus | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> zweiten Behandlungszyklus | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> dritten Behandlungszyklus | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> vierten Behandlungszyklus | <input type="checkbox"/> |
| Alle bereits durchgeführten Behandlungszyklen sind mitzuzählen, auch die Behandlungszyklen, für die kein Antrag auf Gewährung einer Zuwendung gestellt wurde. Jeder Versuch muss gesondert beantragt werden. | |

4 Zuwendungsvoraussetzungen

| | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 4.1 Gemeinsamer Hauptwohnsitz in Bayern | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 4.2 Bei Beginn der Behandlung müssen beide Antragsteller das 25. Lebensjahr vollendet haben, die Frau darf das 40. Lebensjahr und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. | | |
| Alter der Frau: | Jahre | |
| Alter des Mannes: | Jahre | |
| 4.3 Vor der IVF- / ICSI-Behandlung ist eine Beratung durch einen „Frauenarzt“ oder einen Arzt, der über spezielle Kenntnisse auf dem Gebiet der Reproduktionsmedizin verfügt (z. B. Fachärzte für Urologie oder Fachärzte für Dermatologie) über die medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der künstlichen Befruchtung erfolgt. Der Beratungsarzt bzw. die Beratungsärztin wird die Kinderwunschbehandlung nicht selbst durchführen. | | |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | |
| 4.4 Die Behandlung erfolgt in einer Reproduktionseinrichtung in Bayern oder einem angrenzenden Bundesland (Baden-Württemberg, Hessen, Thüringen, Sachsen): | | |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | |
| PLZ sowie Ort: | | |
| Bundesland: | | |

5 Beantragte Zuwendung

Tragen Sie bitte die Gesamtkosten der Maßnahme in die oberste Zeile ein. In den nächsten Zeilen sind die evtl. Erstattungen der Krankenkassen einzutragen und von der Gesamtsumme abzuziehen. Der verbleibende Eigenanteil wird aufgeteilt zwischen Antragstellenden und Zuwendungsgeber.

| Gesamtausgaben IVF-Behandlung | € | Gesamtausgaben ICSI-Behandlung | € |
|---|----------|---|----------|
| davon übernehmen: | | davon übernehmen: | |
| GKV: | € | GKV: | € |
| PKV: | € | PKV: | € |
| Beihilfe/Heilfürsorge: | € | Beihilfe/Heilfürsorge: | € |
| | € | | € |
| verbleibender Eigenanteil: | € | verbleibender Eigenanteil: | € |
| Beantragte Zuwendung bei IVF: | | Beantragte Zuwendung bei ICSI: | |
| <input type="checkbox"/> 1.-3. Behandlungszyklus: bis zu 50 % des verbleibenden Eigenanteils, höchstens 800 € oder <input type="checkbox"/> 4. Behandlungszyklus: bis zu 50 % des verbleibenden Eigenanteils, höchstens 1.600 € | = € | <input type="checkbox"/> 1.-3. Behandlungszyklus: bis zu 50 % des verbleibenden Eigenanteils, höchstens 900 € oder <input type="checkbox"/> 4. Behandlungszyklus: bis zu 50 % des verbleibenden Eigenanteils, höchstens 1.800 € | = € |
| | = € | | = € |

6 Erklärung der Antragstellenden

Wir bestätigen, dass mit der Behandlung noch nicht begonnen worden ist. Mit der Behandlung werden wir erst nach Erhalt des Zuwendungsbescheides beginnen.

Hinweis: Als Maßnahmebeginn zählt der Kauf von Medikamenten bzw. das Einlösen von Rezepten, die für die Kinderwunschbehandlung erforderlich sind.

Alle in diesem Antrag (einschließlich der beigefügten Antragsunterlagen) gemachten Angaben sind richtig und vollständig.

Wir werden dem ZBFS unverzüglich mitteilen, wenn sich die für die Bewilligung maßgeblichen Umstände ändern oder wegfallen.

Datum

Unterschrift Ehefrau

Unterschrift Ehemann

Folgende Unterlagen sind beizufügen:

Von allen Ehepaaren:

- Kopie der Heiratsurkunde
- Ärztliche Bescheinigung, um welchen Behandlungszyklus es sich handelt
- Bei Wiederholungsversuch: Ärztliche Bescheinigung, welcher Behandlungszyklus wiederholt wird

Von gesetzlich Krankenversicherten zusätzlich:

Für den ersten bis dritten Behandlungszyklus:

- der durch die gesetzliche Krankenversicherung genehmigte Behandlungsplan mit den voraussichtlich entstehenden Behandlungskosten
- Begleitschreiben der Krankenkasse zum Behandlungsplan

Für den vierten Behandlungszyklus:

- Behandlungsplan mit den voraussichtlich entstehenden Kosten (Kostenvoranschlag)
- Ärztliche Erklärung, dass diese Maßnahme erforderlich ist

Von privat Krankenversicherten, Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigten und Anspruchsberechtigten gegenüber sonstigen Leistungsträgern zusätzlich:

- Behandlungsplan mit den voraussichtlich entstehenden Kosten (Kostenvoranschlag)
- Kostenübernahmeerklärungen oder Negativbescheid
- Ärztliche Erklärung, dass diese Maßnahme erforderlich ist



Für dieses Formular ist das **Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS)** verantwortlich. Sie können auf den folgenden Wegen mit dem ZBFS Kontakt aufnehmen:

- mit der Post:
Zentrum Bayern Familie und Soziales
95440 Bayreuth
- per Telefon: 0921 605-03
- per Telefax: 0921 605-3903
- per E-Mail:
Poststelle@zbfs.bayern.de

Mit dem behördlichen **Datenschutzbeauftragten** des ZBFS können Sie unmittelbar auf den folgenden Wegen Kontakt aufnehmen:

- mit der Post:
Zentrum Bayern Familie und Soziales
Datenschutzbeauftragter
95440 Bayreuth
- per E-Mail:
Datenschutzbeauftragter@zbfs.bayern.de

Die Angaben in diesem Formular benötigen wir, um Ihren Antrag auf Bewilligung einer staatlichen Zuwendung nach der Kinderwunsch-Richtlinie zu bearbeiten. Im Zuwendungsverfahren werden darüber hinaus weitere Daten vom ZBFS erhoben, insbesondere Unterlagen zum Nachweis der Höhe des tatsächlich verbliebenen Eigenanteils bzw. Selbstkostenanteils. Die Rechtsgrundlagen dafür sind Art. 6 Abs. 1 lit. a), Art. 9 Abs. 2 lit. a) Datenschutz-Grundverordnung, Art. 4 Abs. 1 Bayerisches Datenschutzgesetz sowie die Art. 23 und 44 der Bayerischen Haushaltsordnung und die hierzu erlassenen Verwaltungsvorschriften.

Sofern Sie mit Ihren Antragsunterlagen personenbezogene Daten übermitteln würden, die nicht die Kinderwunschförderung betreffen, können Sie diese Angaben zuvor schwärzen.

Ihre Angaben sind freiwillig. Wenn Sie keine Angaben oder keine vollständigen Angaben machen, können wir Ihren Antrag aber möglicherweise nicht richtig bearbeiten. Das könnte dazu führen, dass eine Förderung nicht oder nicht in der beantragten Höhe bewilligt wird.

Die von Ihnen gemachten Angaben speichern wir in elektronischer Form in einem staatlichen Rechenzentrum des Freistaates Bayern. Zum Zweck der Zahlungsabwicklung werden Ihre hierfür erforderlichen Daten der Staatsoberkasse Bayern in Landshut und ggf. dem zuständigen Finanzamt übermittelt. Im Rahmen der Fach- und Rechtsaufsicht können Daten an das Bayerische Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales bzw. das zuständige Bundesministerium und das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben weitergegeben werden.

Wir speichern Ihre Daten nur solange wir sie benötigen. Die Daten werden daher 5 Jahre nach Abschluss des Förderverfahrens gelöscht.

Sie haben folgende Rechte:

- Sie können von uns **Auskunft** über Ihre Daten verlangen, die wir gespeichert haben.
- Sie können von uns eine **kostenlose Kopie** dieser Daten verlangen.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **berichtigen oder zu vervollständigen**, wenn sie unrichtig oder unvollständig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **löschen**, wenn wir sie nicht mehr benötigen. Dies könnte insbesondere dann der Fall sein, wenn Sie Ihren Antrag zurücknehmen oder der Verarbeitung Ihrer Daten widersprechen.
- Sie können von uns verlangen, die Verarbeitung Ihrer Daten **einzuschränken**. Das können Sie insbesondere dann tun, wenn Sie verlangt haben, Ihre Daten zu berichtigen und noch nicht geklärt ist, ob die Daten tatsächlich unrichtig sind.

Sie können sich über uns beim Bayerischen Landesbeauftragten für den Datenschutz **beschweren**.

Sie haben das Recht, der Verarbeitung Ihrer Daten durch uns jederzeit zu widersprechen. Das könnte dazu führen, dass die zweckentsprechende Verwendung einer bereits bewilligten Zuwendung ganz oder teilweise nicht nachgewiesen werden kann und deshalb eine Auszahlung der Zuwendung nicht erfolgen kann.

Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft das ZBFS, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.