

Thüringer Stiftung HandinHand
 Hilfe für Kinder, Schwangere und Familien in Not
 Kinderwunschförderung
 Linderbacher Weg 30
 99099 Erfurt



A n t r a g – Ehepaare

Bitte beachten Sie, dass nur **vollständig ausgefüllte** Anträge bearbeitet werden können. Notwendig sind die Angaben zu beiden Partnern.

Antragstellung auf Gewährung einer nicht rückzahlbaren Förderung für eine

- ☐ In-Vitro-Fertilisations-Behandlung (IVF) oder
☐ Intrazytoplasmatische Spermieninjektions-Behandlung (ICSI)

gemäß der Grundsätze der Thüringer Stiftung HandinHand für die Vergabe von Hilfen für Paare mit unerfülltem Kinderwunsch i. V. mit den Richtlinien der Ministerien für Familie des Bundes und des Freistaates Thüringen über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion in der jeweils gültigen Fassung.

1. Antragstellende	
1.1 Antragstellerin ¹	1.2 Ehepartner
Name, Vorname	Name, Vorname
Geburtsname	Geburtsname
Geburtsdatum	Geburtsdatum
Wohnsitz: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	Wohnsitz: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort
Telefonnummer / Mobiltelefon	Telefonnummer / Mobiltelefon
E-Mail-Adresse	E-Mail-Adresse
Krankenversicherung: ☐ GKV Name: _____ ☐ Heilfürsorge ☐ PKV Name: _____ ☐ Beihilfe (nur für Beamtin)	Krankenversicherung: ☐ GKV Name: _____ ☐ Heilfürsorge ☐ PKV Name: _____ ☐ Beihilfe (nur für Beamte)

¹ Person, bei der die Behandlung durchgeführt werden soll

2. Vorangegangene Antragstellungen

Haben Sie in der Vergangenheit bereits einen Antrag auf Förderung einer Kinderwunschbehandlung gestellt? Wenn ja, wann? Falls bekannt, bitte die Antragsnummer angeben.

3. Beantragung einer nicht rückzahlbaren Förderung

Wir beantragen eine nicht rückzahlbare Förderung für eine:

	IVF	ICSI	Wiederholung	
			nach Abbruch	nach Abort
1. Behandlung:	☐	☐	☐	☐
2. Behandlung:	☐	☐	☐	☐
3. Behandlung:	☐	☐	☐	☐
4. Behandlung:	☐	☐	☐	☐

Bitte beachten Sie, dass jede Behandlung (auch Wiederholungsversuche) gesondert zu beantragen ist. Legen Sie bitte für den Fall einer nicht vollständig durchgeführten Behandlung (Abbruch oder Abort) einen Nachweis vor.

4. Fördervoraussetzungen

- a) Wohnsitz in Thüringen ☐ Ja ☐ Nein
- b) Alter der Antragstellerin: _____ Jahre
- c) Alter des Ehepartners: _____ Jahre
- d) Die Behandlung erfolgt mit **Fremdsamen**: ☐ Ja ☐ Nein
- e) Die Behandlung erfolgt in der Reproduktionseinrichtung in:

(Name, PLZ und Ort)

- f) Vor der IVF-/ ICSI-Behandlung ist eine Beratung über die medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der künstlichen Befruchtung durch einen Arzt oder eine Ärztin erfolgt, der/die die Behandlung nicht selbst durchführt (vgl. § 27a SGB V).
- ☐ Ja ☐ Nein

5. Finanzierung der Behandlung

- ☐ Wir **beantragen die maximal mögliche Förderung** basierend auf dem beigefügten Kosten- und Behandlungsplan und sind darüber informiert, dass **ein verbleibender Eigenanteil durch uns zu tragen ist**.

Förderhöchstbeträge:

IVF 1. bis 3. Versuch	bis zu 50 % des Selbstkostenanteils, max. 800 Euro
IVF 4. Versuch	bis zu 50 % des Selbstkostenanteils, max. 1.600 Euro
ICSI 1. bis 3. Versuch	bis zu 50 % des Selbstkostenanteils, max. 900 Euro
ICSI 4. Versuch	bis zu 50 % des Selbstkostenanteils, max. 1.800 Euro

6. Erklärung der Antragstellenden

Wir bestätigen, dass mit der Behandlung noch nicht begonnen wurde. (Als Behandlungsbeginn gilt das **Einlösen des ersten Hormon-Rezeptes**, welches für die Behandlung notwendig ist.)

☐ Ja ☐ Nein

Förderfähig sind nur Anträge, die in der Geschäftsstelle der Stiftung rechtzeitig vor Behandlungsbeginn vorliegen. Eventuell fehlende Unterlagen können nachgereicht werden.

Voraussichtlicher **Behandlungsbeginn**: _____

Einwilligung zur Datenerhebung

Wir versichern, dass uns die Informationen nach Artikel 13 der Datenschutz-Grundverordnung (Verordnung (EU) 2016/697) zur Erhebung personenbezogener Daten bekannt sind und erklären unser Einverständnis zur Verarbeitung der Daten im Rahmen des Förderverfahrens einer Behandlung der assistierten Reproduktion. Die Informationen zum Datenschutz kann ich über den nebenstehenden QR-Code einsehen.



☐ Ja ☐ Nein

Einwilligung zur E-Mail-Kommunikation

Wir sind einverstanden, dass wir Benachrichtigungen zur Antragsbearbeitung per unverschlüsselter E-Mail erhalten.

☐ Ja ☐ Nein

Wir stehen für eventuelle Anfragen im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit zur Verfügung.

☐ Ja ☐ Nein

Wie wurden Sie auf die Möglichkeit einer Unterstützung durch die Stiftung aufmerksam?

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Kinderwunschklinik | ☐ Frauenarzt/Frauenärztin | ☐ Freunde/Bekannte/Familie |
| ☐ Internet | ☐ andere Patient(innen) | ☐ vorangegangener Antrag |
| ☐ Krankenkasse | ☐ Beratungsstelle | ☐ Therapeut(in) |
| ☐ Sonstiges: | | |

Wir erklären, dass alle in diesem Antrag gemachten Angaben (einschließlich der beigefügten Antragsunterlagen) vollständig und richtig sind.

- ☐ Ja ☐ Nein

Ort, Datum:

Unterschrift der Antragstellerin

Unterschrift des Ehepartners

Folgende Unterlagen sind in Kopie beigefügt:

- ☐ Kostenübernahme- bzw. Negativbescheide der gesetzlichen Krankenversicherung/ Heilfürsorge/ Beihilfestelle/ privaten Krankenversicherung für beide Antragstellende
- ☐ Kopien der Personalausweise bzw. aktuelle Meldebescheinigungen (siehe Nr. 4a)
- ☐ aktueller Kosten- und Behandlungsplan
(Der durch die gesetzlichen Krankenversicherungen genehmigte Kosten- und Behandlungsplan darf zum Zeitpunkt des Antragseingangs nicht älter als 1 Jahr sein.)
- ☐ ggf. Kostenvoranschlag aller zu erwartenden Behandlungskosten
(erforderlich bei privater Krankenversicherung oder einem Behandlungsversuch ohne Beteiligung der gesetzlichen Krankenversicherung)
- ☐ ärztliche Bescheinigung über die Art und Anzahl der bereits erfolgten Behandlungsversuche
(erforderlich bei privater Krankenversicherung oder einem Behandlungsversuch ohne Beteiligung der gesetzlichen Krankenversicherung)
- ☐ Eheurkunde
- ☐ ärztliche Beratungsbestätigung (siehe Nr. 4f)