

A n t r a g – Ehepaare

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

- Erstmalige Antragstellung** oder
- Folgeantrag zum Aktenzeichen:** _____ (bitte eintragen, wenn bekannt)

auf Gewährung einer nicht rückzahlbaren Förderung für die

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

gemäß der 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 und der Richtlinie für die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion im **Freistaat Thüringen** in der aktuell gültigen Fassung.

1. Antragstellende	
1.1 Ehepartnerin	1.2 Ehepartner
Name, Vorname	Name, Vorname
Geburtsdatum	Geburtsdatum
Hauptwohnsitz: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	
Telefonnummer / Mobiltel. (für Rückfragen erforderlich)	Telefonnummer / Mobiltel. (für Rückfragen erforderlich)
E-Mail-Adresse (für Rückfragen erforderlich)	E-Mail-Adresse (für Rückfragen erforderlich)
Krankenversicherung: <input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> PKV <input type="checkbox"/> Beihilfe Name: _____ (bei PKV zu _____ %)	Krankenversicherung <input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> PKV <input type="checkbox"/> Beihilfe Name: _____ (bei PKV zu _____ %)
nur für Beamte: Beihilfeberechtigt zu: _____ %	nur für Beamte: Beihilfeberechtigt zu: _____ %

2. Gewährung einer nicht rückzahlbaren Förderung

Wir beantragen eine nicht rückzahlbare Förderung für eine:

- | | IVF | ICSI | Wiederholung |
|----------------|--------------------------|--------------------------|---|
| 1. Behandlung: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nach nicht vollständig durchgeführter Behandlung oder Abort (bitte Bestätigung beifügen) |
| 2. Behandlung: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Behandlung: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Behandlung: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hinweis: Bitte beachten Sie, dass jede Behandlung gesondert zu beantragen ist.

3. Fördervoraussetzungen

- a) Hauptwohnsitz in Thüringen Ja Nein
(Bitte Nachweise beifügen)
- aktuelle Meldebescheinigung des Einwohnermeldeamtes
oder
 Kopie der Personalausweise der Partner
- b) Alter der Partnerin: _____ Jahre
- c) Alter des Partners: _____ Jahre
- d) Die Behandlung erfolgt mit **Fremdsamen**: Ja Nein
- e) Die Behandlung erfolgt in der Reproduktionseinrichtung in:
- _____
- (Postleitzahl und Ort)
- f) Vor der IVF- / ICSI-Behandlung ist eine Beratung über die medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der künstlichen Befruchtung durch einen Arzt erfolgt, der die Behandlung nicht selbst durchführt (Vgl. § 27a SGB V).

4. Finanzierungsplan

Tragen Sie bitte die Gesamtkosten der Maßnahme in die oberste Spalte ein. In den nächsten Spalten sind die evtl. Erstattungen der Krankenkassen einzutragen und von der Gesamtsumme abzuziehen. Der verbleibende Selbstkostenanteil wird aufgeteilt zwischen Antragstellenden und Thüringer Stiftung HandinHand.

Gesamtausgaben IVF- Behandlung	in Euro	Gesamtausgaben ICSI- Behandlung	in Euro
davon übernehmen: GKV:	_____	davon übernehmen: GKV:	_____
PKV:	_____	PKV:	_____
Beihilfe:	_____	Beihilfe:	_____
verbleibender Selbstkostenanteil:	_____	verbleibender Selbstkostenanteil:	_____
Beantragte Förderung: <input type="checkbox"/> 1.-3. IVF: bis zu 50 %, höchstens 800 €	= _____	Beantragte Förderung: <input type="checkbox"/> 1.-3. ICSI: bis zu 50 %, höchstens 900 €	= _____
<input type="checkbox"/> 4. IVF: max. 50%, höchstens 1.600 €	= _____	<input type="checkbox"/> 4. ICSI: max. 50%, höchstens 1.800 €	= _____

5. Erklärung der Antragstellenden

- Wir bestätigen, dass mit der Behandlung noch nicht begonnen wurde.**
(Notwendige Voraussetzung! Als Maßnahmebeginn gilt das Einlösen des ersten Rezeptes.)

Behandlungsbeginn ist voraussichtlich am: _____

- 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.

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

noch zu 5.

Hinweis:

Sollten unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht werden oder nachträglich die Voraussetzungen einer Förderung wegfallen, kann die Förderzusage aufgehoben werden bzw. die zugesagten Mittel zurückgefordert werden.

Ein Rückzahlungsanspruch wird sofort fällig und ist mit 6 % zu verzinsen.

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

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kinderwunschklinik | <input type="checkbox"/> Frauenarzt/Frauenärztin | <input type="checkbox"/> Freunde/Bekannte/Familie |
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> vorangegangener Antrag | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Ort, Datum:

Unterschrift der Ehepartnerin

Unterschrift des Ehepartners

Folgende Unterlagen sind in Kopie beigefügt:

- Kostenübernahme- bzw. Negativbescheide der gesetzlichen Krankenversicherung/ Beihilfestelle/ privaten Krankenversicherung für beide Antragstellende
- Personalausweise bzw. aktuelle Meldebescheinigungen
- 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 erwartender Behandlungskosten
(notwendig bei privater Krankenversicherung oder einem Behandlungsversuch ohne Beteiligung durch die gesetzliche Krankenversicherung)
- Eheurkunde
- ärztliche Beratungsbestätigung (Erklärung: siehe Nr. 3 f)

Informationen nach Art. 13 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Zu Art. 13 Abs. 1a und b

- Zuständige Stelle für die Erhebung der Daten im Rahmen Antragstellung auf Förderung einer Behandlung der assistierten Reproduktion und damit verantwortlich im Sinne des Art. 13 Datenschutzgrundverordnung ist die Thüringer Stiftung HandinHand.
- Kontaktdaten des zuständigen Datenschutzbeauftragten: Michael Hoffmeier, Linderbacher Weg 30, 99099 Erfurt, Tel: 0361/4420-112, Email: Datenschutz@ts-handinhand.de

Zu Art. 13 Abs. 1 c

- Die Erhebung der personenbezogenen Daten ist notwendig, um über Ihren Antrag auf Förderung einer Behandlung der assistierten Reproduktion (Kinderwunschbehandlung) entscheiden zu können.

Zu Art. 13 Abs. 1 e

- Die von der Thüringer Stiftung HandinHand erhobenen personenbezogenen Daten werden auf einer eigenen Datenbank der Stiftung erfasst und gespeichert. Sie werden nicht weitergeleitet.
- Das Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie hat im Rahmen seiner Aufgabenwahrnehmung gegenüber der Bundesverwaltung Leserechte in der Datenbank.

Zu Art. 13 Abs. 2 a

- Die personenbezogenen Daten werden für die Dauer des Förderverfahrens (z. B abschließende Zusage, Auszahlung oder letzte zum Ausgleich einer Rückforderung erfolgte Rückzahlung) noch weitere 5 Jahre gespeichert. Nach diesem Zeitpunkt erfolgt die Löschung der Daten.

Zu Art. 13 Abs. 2 b

- Die Paare haben gegenüber der Thüringer Stiftung HandinHand ein Recht auf Auskunft über die sie betreffenden personenbezogenen Daten, ggf. auch Anspruch auf Berichtigung, Löschung oder auf Einschränkung der Verarbeitung dieser Daten.
- Sie haben zudem ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung ihrer Daten. Bei dessen Wahrnehmung kann jedoch der Leistungsanspruch beeinträchtigt werden (vgl. zu Art. 13 Abs. 2 e).

Zu Art. 13 Abs. 2 d

- Die betroffenen Thüringer Paare haben zur Gewährleistung einer fairen und transparenten Verarbeitung der Daten ein Beschwerderecht bei folgender Stelle:

Thüringer Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (TLfDI)
Dr. Lutz Hasse
Häßlerstraße 8
99096 Erfurt
Tel: 0361.5731129-00
Fax: 0361.5731129-04
E-Mail: poststelle@datenschutz.thueringen.de

Zu Art. 13 Abs.2 e

- Sollten Paare notwendige Informationen nicht bereitstellen wollen, kann der Anspruch auf eine Behandlungsförderung der assistierten Reproduktion (Kinderwunschbehandlung) nicht abschließend geprüft werden. Dies hat zur Folge, dass über den Antrag nicht entschieden werden kann und infolgedessen auch keine Förderung erfolgen kann.

Zu Art. 13 Abs. 3

- Ist beabsichtigt, die personenbezogenen Daten der Paare für einen anderen Zweck weiterzuverarbeiten als den, für den sie im Antragsverfahren erhoben wurden, stellt die Thüringer Stiftung HandinHand den Betroffenen Informationen über den anderen Zweck und die dazu maßgeblichen Informationen zur Verfügung.