Niedersächsisches Landesamt
für Soziales, Jugend und Familie

Dieser QR-Code ist nur
für interne Zwecke.

Niedersächsisches Landesamt
für Soziales, Jugend und
Familie Team 3 SL 1
Domhof 1
31134 Hildesheim

Bitte reichen Sie Anlagen nicht im Original, sondern nur als Kopien ein. Nach dem Einscannen werden die Unterlagen zeitnah vernichtet.

☐ **Erstmalige Antragstellung** (bitte ankreuzen)
oder
☐ **Folgeantrag zum Aktenzeichen: Ass.Repro**_____(bitte eintragen, wenn bekannt)

auf Gewährung einer nicht rückzahlbaren Zuwendung für die In-Vitro-Fertilisations (IVF) – oder die Intrazytoplasmatische Spermieninjektions (ICSI) - Behandlung nach der Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion durch den Bund und das Land Niedersachsen. Bitte beginnen Sie mit der Behandlung erst nach Erhalt des Bescheides.

1. Antragsteller

Wir sind miteinander verheiratet ☐ Ja ☐ Nein ⇦ **Angabe erforderlich!**

Datum der Eheschließung: .....(Tag, Monat, Jahr)

Ehe-/ Lebenspartnerin

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße, Hausnummer:	
Postleitzahl, Ort:	
Telefonnummer*	
E-Mail-Adresse*	

* Angaben sind freiwillig

gesetzlich krankenversichert (GKV) ☐ ja
Krankenkasse: _____
Vers.-Nr.: _____
☐ nein

privat krankenversichert (PKV) ☐ ja
PKV bei: _____
Vers.-Nr.: _____
☐ nein

Beihilfeberechtigt/Heilfürsorge
(nur für privat Versicherte und spezielle Beamtengruppen)

☐ ja
Beihilfestelle: _____
Personal-Nr: _____
☐ 50 v. H. beihilfeberechtigt
☐ 70 v. H. beihilfeberechtigt

☐ nein

Ehe-/ Lebenspartner

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße, Hausnummer:	
Postleitzahl, Ort:	

gesetzlich krankenversichert (GKV)

☐ ja
Krankenkasse: _____
Vers.-Nr.: _____
☐ nein

privat krankenversichert (PKV)

☐ ja
PKV bei: _____
Vers.-Nr.: _____
☐ nein

Beihilfeberechtigt/Heilfürsorge
(nur für privat Versicherte und spezielle Beamtengruppen)

☐ ja
Beihilfestelle: _____
Personal-Nr: _____
☐ 50 v. H. beihilfeberechtigt
☐ 70 v. H. beihilfeberechtigt

☐ nein

2. Antrag auf Gewährung einer nicht rückzahlbaren Zuwendung für eine:

☐ IVF- Behandlung ☐ ICSI – Behandlung

für den

Jeder Versuch ist einzeln zu beantragen

☐ ersten Behandlungszyklus **oder**
☐ zweiten Behandlungszyklus **oder**
☐ dritten Behandlungszyklus **oder**
☐ vierten Behandlungszyklus

Folgende Anlagen sind in Kopie (bitte keine Originale) beigefügt:

☐ Der Behandlungsplan in Kopie (bei gesetzlich Krankenversicherten, der durch die GKV bestätigte Behandlungsplan) mit den voraussichtlich entstehenden Behandlungskosten einschließlich der im Zusammenhang damit verordneten Arzneimittel liegt dem Antrag bei.

☐ Die Erklärung der Ärztin bzw. des Arztes zur Notwendigkeit der Durchführung der Maßnahme liegt dem Antrag bei (nur erforderlich, wenn kein Behandlungsplan vorliegt - z.B. bei Privatpatienten oder einem zusätzlichen Versuch ohne Kostenbeteiligung der GKV oder bei **unverheirateten Antragstellern**).

☐ Die Kostenübernahmeerklärung der PKV

☐ Die Kostenübernahmeerklärung der Beihilfe/Heilfürsorge, die die Höhe der Erstattung ausweist

☐ Der Negativbescheid (bei Nichterstattung) der GKV/PKV

☐ Der Negativbescheid (bei Nichterstattung) der Beihilfe/Heilfürsorge

☐ Eine Kostenaufstellung der geplanten Behandlung

3. Zuwendungsvoraussetzungen

a) Hauptwohnsitz in Niedersachsen: ☐ Ja ☐ Nein ⇦ **Angabe erforderlich!**

Bitte Nachweis(e) beifügen

☐ Aktuelle Meldebescheinigung des Einwohnermeldeamtes ist als Kopie beigefügt oder
☐ Lesbare Kopien der Personalausweise sind beigefügt

b) Alter der Partnerin _____Jahre Alter des Partners _____Jahre ⇦ **Angabe erforderlich!**

c) Behandlung erfolgt in Reproduktionseinrichtung in

⇦ **Angabe erforderlich!**

Postleitzahl, Ort Bundesland

d) 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.

Die Beratung muss durch einen „Frauenarzt“ oder einen Arzt, der über spezielle Kenntnisse auf dem Gebiet der Reproduktionsmedizin verfügt (z. B. Facharzt für Urologie), erfolgt sein.

☐ Ja ☐ Nein ⇦ **Angabe erforderlich!**
(kein schriftlicher Nachweis erforderlich)

4. Finanzierungsplan

Tragen Sie bitte die Gesamtkosten der Maßnahme in die oberste Spalte ein.

In die nächsten Spalten sind ggf. die Erstattungen von den Krankenkassen (PKV/GKV) oder evtl. Beihilfen / Leistungen der Heilfürsorge einzutragen und von der Gesamtsumme abzuziehen.
Der verbleibende Eigenanteil/Selbstkostenanteil wird aufgeteilt zwischen Antragsteller und Zuwendungsgeber:

Die Zuwendung beträgt 50 % des den **Ehepaaren** nach Abrechnung mit der (gesetzlichen oder privaten) Krankenversicherung sowie ggf. der Beihilfestelle verbleibenden Eigenanteils
oder
bei unverheirateten Antragstellern
die Zuwendung beträgt für den ersten bis dritten Behandlungszyklus 25 %, für den vierten Behandlungszyklus 50 % des verbleibenden Selbstkostenanteils

in jedem Fall beträgt die Förderung jedoch höchstens:

für den ersten bis dritten Behandlungszyklus

a) IVF-Behandlung bis zu 800,- € des Eigenanteils und bei
b) ICSI-Behandlung bis zu 900,- € des Eigenanteils,

für den vierten Behandlungszyklus

a) IVF-Behandlung bis zu 1.600,- € des Eigenanteils und bei
b) ICSI-Behandlung bis zu 1.800,- € des Eigenanteils.

	IVF- Behandlung	**ICSI- Behandlung**	Beispielrechnung (verheiratete Antragsteller)
Gesamtausgaben	€	€	3.450,00 €
davon übernehmen:			
a) GKV /PKV:*	€	€	1.725,00 €
b) Beihilfe/Heilfürsorge:* (Wenn Anspruch besteht)	€	€	0,00€
c) verbleibender Eigenanteil/Selbstkostenanteil	€	€	1.725,00 €
Der verbleibende Eigenanteil soll gedeckt werden: (Der verbleibende Eigenanteil/Selbstkostenanteil wird aufgeteilt zwischen Antragsteller und Zuwendungsgeber)			
d) Durch Antragsteller:	€	€	862,50 €
e) Beantragte Zuwendung:	€	€	862,50 €
Summe d) + e)	€	€	1.725,00 €

Hinweis für verheiratete Antragsteller:
*Die Erstattung der GKV bzw. der PKV+Beilhilfe/Heilfürsorge beträgt grundsätzlich 50 % der Gesamtausgaben. Verschiedene Krankenkassen bewilligen Leistungen über die gesetzliche Mindestleistung von 50 % der Gesamtausgaben hinaus. Sollte dies der Fall sein, sind diese Zusatzleistungen unter Buchstabe a) mit einzutragen.

5. Nur auszufüllen bei unverheirateten Antragstellern

5.1 Auf Dauer angelegte Lebenspartnerschaft

Eine nichteheliche Lebensgemeinschaft im Sinne dieser Richtlinie ist eine auf längere Zeit und Dauer angelegte Lebensgemeinschaft zwischen Mann und Frau, die keine weitere Lebensgemeinschaft zulässt und sich durch eine innere Bindung auszeichnet. Sie ist dann anzunehmen, wenn nach Einschätzung der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes die unverheiratete Frau mit dem unverheirateten Mann in einer festgefügten Partnerschaft zusammenlebt und dieser die Vaterschaft an dem so gezeugten Kind vorab förmlich anerkennt.

Einschätzung des Arztes: Bei den Antragstellern handelt es sich um eine auf Dauer angelegte Lebensgemeinschaft.

☐ ja ☐ nein ⇦ **Angabe erforderlich!**

Datum, Unterschrift und Stempel des Arztes.

5.2 Anerkennung der Vaterschaft

Der Antragsteller wird die Vaterschaft an dem zu zeugenden Kind anerkennen.

☐ ja ⇦ **Angabe erforderlich!**

5.3 Notwendigkeitsbescheinigung ⇦ **Angabe erforderlich!**

☐ Die Erklärung der Ärztin bzw. des Arztes zur Notwendigkeit der Durchführung der IVF/ICS-Behandlung liegt dem Antrag bei.

5.4 Vorbehandlungen ⇦ **Angabe erforderlich!**

☐ Die Antragsteller erklären, bisher keine IVF- oder ICSI-Behandlung durchgeführt zu haben.

Die Antragsteller haben folgende IVF- und/oder ICSI-Behandlungen durchgeführt:

1. IVF/ICSI am ……..
2. IVF/ICSI am ……..
3. IVF/ICSI am ……..
4. IVF/ICSI am ……..

6. Hinweise zur Mitwirkungspflicht und zum Datenschutz

Uns ist bewusst, dass die vorstehend erhobenen Daten für die Bearbeitung unseres Antrages erforderlich sind. Für dessen weitere Bearbeitung ist unsere Einwilligung zur Datenverarbeitung notwendig. Wir können diese Einwilligung verweigern oder mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Im Falle der Verweigerung der Einwilligung ist eine Bewilligung der beantragten Leistung nicht möglich. Das Hinweisblatt Informations- und Transparenzpflichten nach Artikel 13 ff. Datenschutz-Grundverordnung (Seite 7 des Antrages) haben wir zur Kenntnis genommen.

Wir stimmen der Verarbeitung der erhobenen Daten zum oben genannten Zweck zu.

☐ ja ☐ nein ⇦ **Angabe erforderlich!**

Wir ermächtigen das Niedersächsische Landesamt für Soziales, Jugend und Familie, bei den zuständigen Leistungsträgern (Krankenkasse, Beihilfestelle, private Krankenversicherung etc.) Auskünfte über von dort bewilligte / versagte Leistungen für die künstliche Befruchtung einzuholen.

☐ ja ☐ nein ⇦ **Angabe erforderlich!**

Wir erklären uns damit einverstanden, dass das Niedersächsische Landesamt für Soziales, Jugend und Familie bei der Reproduktionseinrichtung und der Apotheke Auskünfte zur Behandlung in dem Umfang einholt, wie diese für die Bewilligung und Abrechnung der beantragten Zuwendung erforderlich sind.
Raum für eine etwaige Einschränkung des Einverständnisses:

Insoweit entbinden wir die vom Niedersächsischen Landesamt für Soziales, Jugend und Familie um Auskunft gebetene Klinik bzw. deren Ärztinnen / Ärzte und die Apotheke und deren Angestellte von ihrer Schweigepflicht.

☐ ja ☐ nein ⇦ **Angabe erforderlich!**

Die erhobenen Daten werden statistisch ausgewertet und anonymisiert an das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben, 50964 Köln, weitergegeben.
Sollte(n) Ihre Zuwendung(en) für die Kinderwunschbehandlung(en) mindestens 1.500 € pro Kalenderjahr betragen, ist das Niedersächsische Landesamt für Soziales, Jugend und Familie verpflichtet, diese Information an das für Sie zuständige Finanzamt zu übermitteln. Rechtsgrundlage ist die Mitteilungsverordnung vom 07.09.1993 (BGBl. I S. 1554), zuletzt geändert durch Artikel 58 des Gesetzes vom 23.12.2003 (BGBl. I S. 2848).

7. Erklärung der Antragsteller

☐ ⇦ **Angabe erforderlich! Bitte ankreuzen!**

Uns ist bekannt, dass mit der Behandlung erst begonnen werden darf, wenn uns der Bewilligungsbescheid vorliegt. Mit diesem Kreuz erklären wir als Antragsteller, dass mit der Behandlung noch nicht begonnen wurde. (Maßnahmebeginn ist 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.

Datum	Unterschrift Ehe-/ Lebenspartnerin	Unterschrift Ehe-/ Lebenspartner

Informations- und Transparenzpflichten nach Artikel 13 ff Datenschutz-Grundverordnung

Das Niedersächsische Landesamt für Soziales, Jugend und Familie (LS) informiert Sie nachfolgend über Art, Umfang und Zweck der Datenerhebung und Verwendung ihrer Daten.
Ihre personenbezogenen Daten werden zum Zwecke der - Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion - verarbeitet.

Rechtsgrundlage dieser Verarbeitung sind § 23 und § 44 Landeshaushaltsordnung (LHO) und die Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion des Landes Niedersachsen i.V.m. § 3 NDSG in den jeweils gültigen Fassungen.

Die Bereitstellung Ihrer personenbezogenen Daten ist erforderlich, um Anträge auf Zuwendungen nach der Förderrichtlinie zu bearbeiten. Sofern Sie Ihre personenbezogenen Daten nicht bereitstellen, kann das LS Ihren Antrag nicht bearbeiten - der Antrag ist in diesem Fall abzulehnen.

Ihre Daten bleiben für einen Zeitraum von 6 Jahren nach Abschluss des Verwaltungsverfahrens gespeichert. Der Speicherung der Daten beginnt mit dem Zeitpunkt der Eröffnung des Vorganges.

Es besteht die Möglichkeit, die Datenschutzbeauftragte der Behörde per E-Mail unter Datenschutz@ls.niedersachsen.de bzw. postalisch unter Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie, Datenschutzbeauftragte, Domhof 1, 31134 Hildesheim zu kontaktieren.
Gegenüber dem LS können folgende Rechte geltend gemacht werden:

- Recht auf Auskunft
- Recht auf Berichtigung oder Löschung
- Einschränkung der Verarbeitung
- Widerspruchsrecht gegen Verarbeitung

Darüber hinaus können Sie sich an die Niedersächsische Aufsichtsbehörde für den Datenschutz (Landesbeauftragte für den Datenschutz) wenden und dort ein Beschwerderecht geltend machen. Beschwerden richten Sie bitte an die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen, Prinzenstr. 5, 30159 Hannover, Internetseite unter www.lfd.niedersachsen.de.