

Stiftung FamilienSinn Thüringen  
 c/o Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie  
 Werner-Seelenbinder-Straße 6  
 99096 Erfurt

## A n t r a g – festgefügte Partnerschaft

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

- Erstmalige Antragstellung** oder
- Folgeantrag zum Aktenzeichen: 80000-AR-20**\_\_\_\_/\_\_\_\_ (bitte eintragen, wenn bekannt)

auf Gewährung einer nicht rückzahlbaren Zuwendung für die

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

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 Richtlinie für die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion im Freistaat Thüringen vom 10. Dezember 2018, in Kraft getreten zum 1. Januar 2019.

1. Antragsteller	
1.1 Partnerin	1.2 Partner
Name, Vorname	Name, Vorname
Geburtsdatum	Geburtsdatum
Gemeinsamer Wohnsitz: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	
Telefonnummer / Handy (für Rückfragen erforderlich)	Telefonnummer / Handy (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 Zuwendung

Wir beantragen hiermit eine nicht rückzahlbare Zuwendung für eine

	IVF	ICSI
Erste Behandlung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zweite Behandlung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dritte Behandlung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vierte Behandlung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

## 3. Zuwendungsvoraussetzungen

- a) Gemeinsamer Hauptwohnsitz in Thüringen  Ja  Nein

**Bitte Nachweise beifügen**

- Aktuelle Meldebescheinigung des Einwohnermeldeamtes  
**oder**  
 Lesbare Kopie der Personalausweise der Partner

- b) Alter der Partnerin: \_\_\_\_\_ Jahre

- c) Alter des Partners: \_\_\_\_\_ Jahre

- d) Behandlung erfolgt in der Reproduktionseinrichtung in:

\_\_\_\_\_  
(Postleitzahl und Ort)

- e) 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			
<p>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 Antragsteller und Zuwendungsgeber.</p>			
<b>Gesamtausgaben IVF- Behandlung</b>	<b>in €</b>	<b>Gesamtausgaben ICSI- Behandlung</b>	<b>in €</b>
<i>davon übernehmen:</i>		<i>davon übernehmen:</i>	
GKV:	_____	GKV:	_____
PKV:	_____	PKV:	_____
Beihilfe:	_____	Beihilfe:	_____
<b>verbleibender Selbstkostenanteil:</b>	_____	<b>verbleibender Selbstkostenanteil:</b>	_____
Beantragte Zuwendung: <input type="checkbox"/> 1.-3. IVF: bis zu 25 %, höchstens <b>800 €</b>  <input type="checkbox"/> 4. IVF: max. 50%, höchstens <b>1.600 €</b>	= _____  = _____	Beantragte Zuwendung: <input type="checkbox"/> 1.-3. ICSI: bis zu 25 %, höchstens <b>900 €</b>  <input type="checkbox"/> 4. ICSI: max. 50%, höchstens <b>1.800 €</b>	= _____  = _____

5. Erklärung der Antragsteller
<input type="checkbox"/> <b>Wir bestätigen, dass wir in einer festgefügt Partnerschaft leben</b> (dauerhafte, feste soziale Bindung mit gemeinschaftlichem Wirtschaften und einem haushaltsführenden Partner, welcher ggf. vom anderen Partner unterhalten wird)
<input type="checkbox"/> <b>Die Vaterschaftsanerkennung wird bestätigt und beigelegt.</b>
<input type="checkbox"/> <b>Wir bestätigen, dass mit der Behandlung noch nicht begonnen wurde.</b> (Zwingende Voraussetzung! Als Maßnahmebeginn gilt das Einlösen des ersten Hormonrezeptes. Die Erstellung des Zuwendungsbescheides bzw. die Genehmigung des vorzeitigen Maßnahmebeginns ist in jedem Fall abzuwarten.)  Behandlungsbeginn ist voraussichtlich am: _____



**Weiter zu 5.**

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

**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 Antrags- und Bewilligungsverfahrens zur Förderung einer Behandlung der assistierten Reproduktion.

**Hinweis:** Sollten falsche Angaben gemacht werden, kann der Bewilligungsbescheid gemäß § 48 ThürVwVfG aufgehoben und die Zuwendung zurückgefordert werden.

Ort, Datum :

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Partnerin

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Partners

Folgende Unterlagen sind in **Kopie** beigefügt:

- Kostenvoranschlag
- Personalausweise bzw. aktuelle Meldebescheinigungen
- Kostenübernahme- bzw. Negativbescheide gesetzliche Krankenversicherung/Beihilfestelle/Private Krankenversicherung für beide Antragsteller
- Beratungsbestätigung der Ärztin/des Arztes (Erklärung: siehe Nr. 3 e)
- Bestätigung durch den behandelnden Arzt, dass eine festgefügte Partnerschaft vorliegt
- Anerkennung der Vaterschaft
- Bescheinigung über die Art und Anzahl der bereits erfolgten Behandlungsversuche



(zum Verbleib beim Antragsteller)

## **Informationen nach Artikel 13 der Datenschutzgrundverordnung Verordnung (EU) 2016/679:**

### **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 Stiftung FamilienSinn.
- Die Kontaktdaten des für die Stiftung FamilienSinn zuständigen Datenschutzbeauftragten können Sie der Homepage der Stiftung [www.stiftung-familien Sinn.de](http://www.stiftung-familien Sinn.de) entnehmen.

### **Zu Art. 13 Abs. 1 c)**

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

### **Zu Art. 13 Abs. 1 e)**

- Die von der Stiftung FamilienSinn erhobenen personenbezogenen Daten werden auf einer eigenen Datenbank der Stiftung FamilienSinn 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 Antrags- und Bewilligungsverfahrens (z. B abschließender Bescheid, 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 Stiftung FamilienSinn 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)  
Häßlerstraße 8  
99096 Erfurt  
Tel. 0361 / 57 311 29-00  
Fax: 0361 / 57311 29-04  
E- Mail: [poststelle@datenschutz.thueringen.de](mailto: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 nicht abschließend geprüft werden. Dies hat zur Folge, dass über den Antrag nicht entschieden werden kann und infolgedessen auch keine Bewilligung 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 Stiftung FamilienSinn den Betroffenen Informationen über den anderen Zweck und die dazu maßgeblichen Informationen zur Verfügung.

Aktenzeichen 80000-AR-201\_ / \_\_\_\_\_

## ANTRAG auf Genehmigung des vorzeitigen Maßnahmebeginns

Antragsteller:

---

---

---

---

*Für die Bewilligung der Förderung ist zwingende Voraussetzung, dass mit der Behandlung noch nicht begonnen worden ist. Als Maßnahmebeginn gilt das Einlösen des ersten Hormonrezeptes. Sollten Sie mit Ihrer Behandlung bereits vor der Erstellung des Zuwendungsbescheides beginnen müssen, ist es in **besonders zu begründenden Einzelfällen** –abhängig von der jeweiligen Haushaltsslage- möglich, einen schriftlichen Antrag auf vorzeitigen Maßnahmebeginn mit **ausführlicher Begründung** zu stellen. Die Genehmigung des vorzeitigen Maßnahmebeginns ist in jedem Fall abzuwarten. **Üblicherweise stellen Sie Ihren Förderantrag bitte rechtzeitig, d.h. 6 bis 8 Wochen vor Beginn Ihrer Behandlung.***

Zu unserem Antrag vom \_\_\_\_\_ beantragen wir hiermit die Genehmigung des vorzeitigen Maßnahmebeginns.

Die Notwendigkeit des vorzeitigen Maßnahmebeginns wird wie folgt begründet:

Uns ist bekannt, dass die Genehmigung des vorzeitigen Maßnahmebeginns keinen Rechtsanspruch auf eine spätere Förderung begründet und wir das volle Finanzrisiko tragen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Rechtsverbindliche Unterschriften *beider* (Ehe-)Partner

Dem vorzeitigen Maßnahmebeginn  
wird ab dem

\_\_\_\_\_

zugestimmt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift