

**Antrag
auf Gewährung von Fördermitteln für den Aufbau zusätzlicher
ECMO-Plätze für Krankenhäuser**

**nach Einwilligung des Haushalts- und Finanzausschusses gemäß § 31 Abs. 2
Nachtragshaushaltsgesetz 2020 (NHHG 2020) und Billigung der
Landesregierung Nordrhein-Westfalen in Ausgaben im Einzelplan des
Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales in Höhe von 150 Mio. EUR für
Maßnahmen in Krankenhäusern im Zusammenhang mit der Bekämpfung der
Coronavirus-Pandemie**

und

**nach Maßgabe des § 53 der Landeshaushaltsordnung (LHO) und der dazu
erlassenen Verwaltungsvorschriften und der Richtlinie des Ministeriums für
Arbeit, Gesundheit und Soziales über die Gewährung von Billigkeitsleistungen
für die zugelassenen Krankenhäuser zur Schaffung zusätzlicher ECMO-Plätze**

(Anschrift der Bewilligungsbehörde)

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

Fürstenwall 25
40219 Düsseldorf
Soforthilfe-Corona@mags.nrw.de

**Antrag
auf Gewährung von Fördermitteln für den
Aufbau zusätzlicher ECMO-Plätze**

1. Antragstellerin/Antragsteller

| | |
|---|---------------------------------------|
| Name und Standort des Krankenhauses | Straße / PLZ / Ort / Kreis |
| Krankenhausnummer (KHStatV) | |
| Eigentümer des Krankenhauses (lt. Grundbuch) | |
| Name und Rechtsform des Trägers (Antragstellerin/Antragsteller) | |
| Anschrift des Trägers: (Antragstellerin/Antragsteller) | Straße / PLZ / Ort / Kreis |
| Ansprechpartnerin/Ansprechpartner für Rückfragen zum Förderantrag | Name / E-Mail-Adresse / Telefonnummer |
| Gemeindekennziffer KH-Standort | Regierungsbezirk |
| | Kreis oder kreisfreie Stadt |
| | Gemeinde oder Stadtbezirk |
| Bankverbindung (Antragstellerin/Antragsteller) | IBAN |
| | Bezeichnung des Kreditinstituts |

| 2. Beantragte Förderung | |
|---|--|
| 2.1 Anzahl beantragter ECMO-Plätze | |
| 2.2 Voraussichtliche Höhe des Investitionsvolumens (2.1 x Kosten der Beschaffung des ECMO-Geräts einschließlich der für die Bedienung notwendigen Schulungskosten für ärztliches und pflegerisches Personal sowie der benötigten Ausstattung des Platzes) | |
| 2.3 An dem Krankenhaus-Standort, an dem der/die zusätzlichen ECMO-Platz/-Plätze geschaffen werden soll, waren zum 1. Mai 2021 bereits mind. 4 ECMO-Plätze vorhanden und im IG NRW gemeldet. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 2.4 Die Bestellung des/der beantragten ECMO-Geräts/ECMO-Geräte erfolgt erst nach Bewilligung des Antrags. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 2.5 An dem betreffenden Standort sind die räumlichen und personellen Kapazitäten vorhanden, um den/die beantragten ECMO-Platz/-Plätze längerfristig – zumindest für 1 Jahr nach erstmaliger Meldung in IG NRW – zu betreiben. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 2.6 An dem vorgeschalteten Interessensbekundungsverfahren wurde teilgenommen. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

3. Erklärungen

Die Antragstellerin/der Antragsteller erklärt, dass

3.1 sie/er zum Vorsteuerabzug

nicht berechtigt ist,

berechtigt ist und dies bei der Berechnung des voraussichtlichen Höhe des Investitionsvolumens (Nr. 2.2) berücksichtigt hat (Preise ohne Umsatzsteuer),

3.2 die Angaben in diesem Antrag vollständig und richtig sind,

3.3 die Gesamtfinanzierung sichergestellt ist,

3.4 die Höhe der angesetzten Kosten angemessen und auskömmlich ist und die Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit beachtet werden,

3.5 sie/er die wettbewerbs- und vergaberechtlichen Vorgaben beachtet,

3.6 sie/er die Richtlinie des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales über die Gewährung von Billigkeitsleistungen für die zugelassenen Krankenhäuser zur Schaffung zusätzlicher ECMO-Plätze gelesen und verstanden hat.

3.7 ihr/ihm bekannt ist, dass insbesondere ein Bewilligungsbescheid mit Wirkung für die Vergangenheit zurückgenommen oder widerrufen werden kann und bereits gezahlte Fördermittel zurückgefordert werden können, wenn die Regelungen des Bewilligungsbescheides nicht oder nicht vollständig eingehalten werden.

.....
(Ort/Datum)

.....
(Rechtsverbindliche Unterschrift)

(.....)
(Name, Funktion)