KSV SACHSEN
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Höherer Kommunalverband

Kommunaler Sozialverband Sachsen

Postanschrift:
Kommunaler Sozialverband Sachsen
Postfach 10 09 62
04009 Leipzig

Besucheradresse:
Kommunaler Sozialverband Sachsen
Reichsstraße 3
09112 Chemnitz

RL Familienförderung

Maßnahmen der assistierten Reproduktion

Antrag Eheleute

auf Gewährung einer nicht rückzahlbaren Zuwendung auf der Grundlage der Richtlinie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion vom 29.03.2012, zuletzt geändert am 23.12.2015 und der Richtlinie des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt zur Unterstützung und Stärkung der sächsischen Familien (RL Familienförderung) vom 06.07.2023

Bitte beachten Sie das Hinweisblatt zu diesem Antragsformular.

Füllen Sie das Antragsformular für beide Ehepartner vollständig und richtig aus.

Unvollständige Anträge können nicht bearbeitet werden.

Wir weisen darauf hin, dass die Bearbeitungszeit ab Eingang aller vollständigen Unterlagen bis zu ca. 3 Wochen betragen kann.

☐ **Erstmalige Antragstellung**

☐ **Folgeantrag zum Aktenzeichen**

1. Antragsteller

Ehepartnerin	**Ehepartner**
Name, Vorname:	Name, Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Gemeinsamer Hauptwohnsitz bzw. Hauptwohnsitz der Ehepartnerin	bei getrennten Hauptwohnsitzen: Hauptwohnsitz des Ehepartners
Straße, Hausnummer	Straße, Hausnummer
Postleitzahl, Wohnort	Postleitzahl, Wohnort
Telefonnummer für Rückfragen:	Telefonnummer für Rückfragen
E-Mail-Adresse für Rückfragen:	E-Mail-Adresse für Rückfragen:

Krankenversicherung Ehepartnerin		Krankenversicherung Ehepartner	
☐	**gesetzlich** krankenversichert:	☐	**gesetzlich** krankenversichert:
	Name der Krankenkasse:		Name der Krankenkasse:
	Versichertennummer:		Versichertennummer:
☐	**privat** krankenversichert:	☐	**privat** krankenversichert:
	Name der Krankenversicherung:		Name der Krankenversicherung:
	Versichertennummer:		Versichertennummer:
☐	Anspruch auf **Beihilfe / Heilfürsorge** (nur für Privatversicherte und spezielle Beamtengruppen)	☐	Anspruch auf **Beihilfe / Heilfürsorge** (nur für Privatversicherte und spezielle Beamtengruppen)
	Beihilfestelle:		Beihilfestelle:
	Personalnummer:		Personalnummer:
	Bemessungssatz:		Bemessungssatz:

2. Wir beantragen hiermit eine nicht rückzahlbare Zuwendung für eine

	IVF	**ICSI**
Erste Behandlung	☐	☐
Zweite Behandlung	☐	☐
Dritte Behandlung	☐	☐
Vierte Behandlung	☐	☐

Handelt es sich um einen Wiederholungsversuch nach nicht vollständig durchgeführter Behandlung oder Abort?

Ja (bitte Bestätigung beifügen!) ☐ Nein ☐

Bitte beachten Sie:

Jeder Behandlungsversuch ist einzeln zu beantragen!

Der KSV Sachsen übernimmt bis zu 50 % Ihrer Selbstkosten bis zum jeweiligen Höchstbetrag.

1.-3. IVF: höchstens **750 EUR**
4. IVF: höchstens **1.600 EUR**

1.-3. ICSI: höchstens **900 EUR**
4. ICSI: höchstens **1.800 EUR**

3. Die Behandlung erfolgt im Kinderwunschzentrum:

Name des Kinderwunschzentrums
Anschrift des Kinderwunschzentrums (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

4. Erforderliche Nachweise

Dem Antrag haben wir beigefügt	
☐	**Nachweis des Hauptwohnsitzes im Freistaat Sachsen** gut lesbare Kopien der Personalausweise/Aufenthaltstitel beider Ehepartner (Vorder- und Rückseite) (Hinweis: Alternativ ist die Vorlage aktueller Meldebescheinigungen des Einwohnermeldeamtes - nicht älter als ein halbes Jahr - möglich.)
☐	**Kopie der Eheurkunde**
☐	**Gesetzliche Krankenversicherung** (für jede Versicherte/jeden Versicherten) Kopie des von der Krankenkasse genehmigten Behandlungsplans. (Der Kosten- und Behandlungsplan darf zum Zeitpunkt des Antragseingangs nicht älter als ein Jahr sein.) **und** eine Kopie des Schreibens der gesetzlichen Krankenkasse, aus dem sich die Höhe der anteiligen Kostenübernahme durch die Krankenkasse ergibt.
☐	**Private Krankenversicherung bzw. vierte Behandlung** (für jede Versicherte/jeden Versicherten) einen Kostenvoranschlag für die Behandlung **und** eine Kopie des Negativbescheides bzw. der Kostenübernahmeerklärung der Krankenversicherung bzw. für die vierte Behandlung der gesetzlichen Krankenkasse. Die Kostenübernahme beträgt _____ EUR
☐	**Beihilfe / Heilfürsorgeberechtigung** (für jede Berechtigte/jeden Berechtigten) einen Kostenvoranschlag für die Behandlung / Behandlungsplan bei Heilfürsorgeberechtigung **und** eine Kopie der Kostenübernahmeerklärung bzw des Negativbescheides der Beihilfe / Heilfürsorge. Die Kostenübernahme erfolgt zu _____ Prozent der Ausgaben bzw. der Zuschuss beträgt: _____ EUR
☐	**Erklärung der Ärztin/des Arztes zur Notwendigkeit der Durchführung der Behandlung** (ab der 4. Behandlung)
☐	**Kopie der Beratungsbestätigung der Ärztin/des Arztes nach § 27a Abs. 1 Nr. 5 SGB V** (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.)

5. Erklärungen des Antragstellers

☐	Wir bestätigen, dass mit der Behandlung noch nicht begonnen wurde. **Als Behandlungsbeginn gilt das Einlösen eines mit der beantragten Behandlung in Zusammenhang stehenden Rezeptes.** Der Zuwendungsbescheid bzw. die Genehmigung des vorzeitigen Maßnahmebeginns ist in jedem Fall abzuwarten. Behandlungsbeginn ist voraussichtlich am:
☐	Wir wissen, dass wir verpflichtet sind, alle Änderungen, die für die Bewilligung und Höhe der Zuwendung von Bedeutung sind, sofort dem Kommunalen Sozialverband Sachsen mitzuteilen.
	Wir bestätigen, dass wir neben der Förderung der gesetzlichen/privaten Krankenkasse, der Beihilfe/Heilfürsorge und dieser Zuwendung keine weiteren Mittel für die künstliche Befruchtung erhalten.
☐	Wir bestätigen, dass wir das beigefügte Hinweisblatt zur Kenntnis genommen haben.

6. Einwilligungserklärungen

Die nachstehenden Einwilligungserklärungen sind freiwillig und können jederzeit für die Zukunft widerrufen werden.	
☐	Mit der Unterschrift geben wir unsere Einwilligung dazu, dass der Kommunale Sozialverband Sachsen bei den zuständigen Leistungsträgern (gesetzliche oder private Krankenversicherung, Beihilfestelle, Heilfürsorgekostenträger etc.) Auskünfte über von dort bewilligten oder versagten Leistungen einholen darf, die im Zusammenhang mit diesem beantragten Behandlungsversuch stehen.
☐	Mit der Unterschrift geben wir unsere Einwilligung dazu, dass der Kommunale Sozialverband Sachsen bei den Reproduktionseinrichtungen und den Apotheken Auskünfte zur Behandlung in dem Umfang einholt, wie diese für die Bewilligung und Abrechnung der beantragten Zuwendung erforderlich sind. **Raum für etwaige Einschränkungen der Einwilligung:**

7. Hinweis auf § 4 SächsFöDaG

Gemäß §4 SächsFöDaG weisen wir den Antragsteller auf die Weiterverarbeitung der im Antrag und dessen Anlagen formulierten personenbezogenen Daten hin. Der Antragsteller erklärt mit seiner Unterschrift, dass er den Inhalt des Informationsblattes zum Datenschutz nach der EU-DSGVO zur Kenntnis genommen hat.

Wir erklären, dass alle in diesem Antrag gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Sollten falsche Angaben gemacht werden, kann der Zuwendungsbescheid gemäß § 48 VwVfG zurückgenommen und die Zuwendung zurückgefordert werden.

Ort, Datum

Unterschrift der Ehefrau

Unterschrift des Ehemannes

Hinweise zum Antrag auf einen Zuschuss zu einer Kinderwunschbehandlung

Was wird gefördert ?

Der Freistaat Sachsen und der Bund gewähren Zuwendungen zu den Kosten der Kinderwunschbehandlung im Wege der In-Vitro-Fertisilation (IVF) und der Intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI) im ersten bis vierten Behandlungszyklus.

Welche Voraussetzungen müssen bei der Antragstellung erfüllt sein?

Sie können eine Zuwendung erhalten, wenn Sie

- die Behandlung noch nicht begonnen haben
- miteinander verheiratet sind
- beide Ehepartner im Freistaat Sachsen ihren Hauptwohnsitz haben
- die Voraussetzungen des § 27 a SGB V erfüllen:
  - ärztliche Feststellung zur Erforderlichkeit der Behandlungsmaßnahmen
  - ärztliche Feststellung der hinreichenden Erfolgsaussicht der Kinderwunschbehandlung
  - ausschließliche Verwendung von Ei- und Samenzellen der Ehepartner
  - vorherige medizinische und psychosoziale Beratung bei einem nicht die Behandlung durchführenden Arzt
  - Alter der Frau zwischen Vollendung des 25. Lebensjahres und vor Vollendung des 40. Lebensjahres sowie

    Alter des Mannes zwischen Vollendung des 25. Lebensjahres und vor Vollendung des 50. Lebensjahres

    jeweils zu Beginn des jeweiligen Behandlungszyklus.

  Bei nicht gesetzlich Krankenversicherten erfolgt eine entsprechende Anwendung des § 27 a SGB V.

- die Behandlung in einer zugelassenen reproduktionsmedizinischen Einrichtung oder Praxis, die in Sachsen oder in einem an Sachsen angrenzenden Bundesland (Bayern, Thüringen, Sachsen-Anhalt, Brandenburg) oder Berlin liegt, durchführen lassen.

Was ist noch wichtig zu wissen ?

Antragstellung und Behandlungsbeginn

Jede Maßnahme der assistierten Reproduktion ist vor Behandlungsbeginn gesondert zu beantragen. Ein Wiederholungsversuch nach abgebrochenem Behandlungsversuch ist gesondert zu beantragen.

Ihren Zuwendungsbescheid erhalten Sie nach Prüfung Ihres Antrags durch den Kommunalen Sozialverband Sachsen.

Erst wenn Sie den Zuwendungsbescheid erhalten haben, dürfen Sie mit der Behandlung beginnen. Als Behandlungsbeginn wird das Einlösen von Rezepten angesehen, die in Zusammenhang mit dem beantragten Behandlungsversuch stehen.

Die Beurteilung des Behandlungsbeginns erfolgt auf Grundlage der einzureichenden Belege.

Zählweise der Behandlungen

Gezählt werden alle Behandlungen, die bisher durchgeführt wurden. Dazu gehören insbesondere die im Wege des bis zum 31.12.2018 geltenden Förderverfahrens durch den Freistaat Sachsen und des Bundesamtes für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFZA) finanzierten Behandlungen sowie die in anderen Bundesländern geförderten Kinderwunschbehandlungen.

Maßgeblich für die Ermittlung des Behandlungsversuchs ist die Richtlinie des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung.

Negativbescheid

Ein Negativbescheid wird durch Ihre gesetzliche Krankenkasse oder von Ihrer privaten Krankenversicherung bzw. von Ihrer Beihilfestelle/Heilfürsorgestelle ausgestellt. Der Negativbescheid bescheinigt, dass Sie hinsichtlich der geplanten Kinderwunschbehandlung keinen Leistungsanspruch haben.

Wie hoch ist die Förderung?

Die Zuwendung beträgt bis zu 50 % der nach Abrechnung mit den gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen bzw. der Beihilfe/Heilfürsorge verbleibenden Eigenanteils für die Behandlung. Er beträgt für die:

- erste, zweite und dritte IVF Behandlung jeweils bis zu 750,00 EUR
- erste, zweite und dritte ICSI Behandlung jeweils bis zu 900,00 EUR
- vierte IVF Behandlung bis zu 1.600,00 EUR
- vierte ICSI Behandlung bis zu 1.800,00 EUR

Grundlage der Berechnung der Zuwendungshöhe ist der im Antragsverfahren vorgelegte, von den gesetzlichen Krankenkassen genehmigte Behandlungs- und Kostenplan bzw. bei Privatversicherten und dem vierten Behandlungsversuch der aktuelle Kostenvoranschlag. Etwaige, den Behandlungs- und Kostenplan bzw. den Kostenvoranschlag übersteigende Ausgaben sind nicht zuwendungsfähig und können bei der späteren Abrechnung nicht anerkannt werden.

Was wird nicht gefördert?

Zusätzliche ärztliche Wunschleistungen, welche nicht vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkasse umfasst sind (z.B. Kryokonservierung, Kryolagerung, Kryotransfer, Assistend Hatching, EmbryoGlue, PICSI, Blastozystenkultur/Embryoskop, TESE, Ca-Ionophor etc.) sind bei Kinderwunschbehandlungen **nicht zuwendungsfähig**. Gleiches gilt für IVF/ICSI-Behandlungen im Natürlichen Zyklus (NC)!

Nicht förderfähig sind ebenso Verwaltungskosten sowie Leistungen, die nicht im regulären Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen enthalten sind.

Bitte beachten Sie folgenden chronologischen Ablauf für die Antragstellung und Auszahlung der Zuwendung:

1. Erstellung des Behandlungsplans (mit Kostenaufstellung) seitens der behandelnden Reproduktionseinrichtung.
2. Einholung der Kostenübernahmeerklärung bzw. der Negativerklärung durch die gesetzliche oder private Krankenversicherung bzw. Beihilfestelle/Heilfürsorge.
3. Antragstellung beim Kommunalen Sozialverband Sachsen im Original mit Einreichung weiterer erforderlicher Antragsunterlagen.
4. ***Erst nach Erhalt des Zuwendungsbescheides: Beginn der Behandlung und Einlösen von Rezepten!***
5. Nach Abschluss der Behandlung: Vorlage der Rechnungen und Belege bei Ihrer gesetzlichen Krankenkasse, sofern diese mehr als 50 Prozent der Kosten übernimmt.
6. Antrag auf Auszahlung der Mittel (das Formular erhalten Sie zusammen mit dem Zuwendungsbescheid) mit allen Rechnungen, Zahlungsnachweisen und Belegen sowie dem Bestätigungsschreiben der Krankenkasse über eventuelle nachträgliche Kostenerstattung beim Kommunalen Sozialverband Sachsen einreichen.
7. Berechnung der Zuwendung entsprechend der nachgewiesenen Ausgaben. Dieser Vorgang kann bis zu ca. 3 Monate in Anspruch nehmen.

Ansprechpartner:

Für Ihre Fragen steht Ihnen der Kommunale Sozialverband Sachsen unter der Telefonnummer 0371-577 562 oder per E-Mail unter assrepro@ksv-sachsen.de zur Verfügung. Weitere Informationen finden Sie auf der Webseite des Kommunalen Sozialverband Sachsen www.ksv-sachsen.de.

Dieses Formular steht Ihnen unter https://www.ksv-sachsen.de/kinder-und-jugendliche/foerderung-von-familien/massnahmen-kuenstlichen-befruchtung zum Download bereit.