Antrag zur Projektförderung

für Präventionsmaßnahmen in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI

Titel des Projekts

☐ Erstantrag ☐ Folgeantrag

Laufzeit des Projekts

Geplanter Projektbeginn

Gesamtlaufzeit des Projekts

1. Antragsteller

Institution bzw. Träger der Einrichtung

Ggf. Betriebsnummer

Ansprechpartner Vorname und Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon (tagsüber)

E-Mail

2. Das Projekt wird in folgenden Einrichtungen durchgeführt (falls abweichend):*

3. Leistungserbringer

Institution

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon (tagsüber)

E-Mail

Der Antragsteller versichert, dass der Leistungserbringer die im Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI in seiner aktuell gültigen Fassung geforderten Qualifikationen zur Durchführung von verhaltenspräventiven Maßnahmen erfüllt. Der Antragsteller versichert außerdem, dass er jederzeit in der Lage ist, die geforderten Qualifikationsnachweise des Leistungserbringers bei der IKK classic vorzulegen.

4. Welche Gründe gibt es, die geplante(n) Maßnahme(n) durchzuführen?*

5. Projektbeschreibung*

IKK classic

5.1 Themenschwerpunkte/Handlungsfelder

- ☐ Ernährung
- ☐ Psychosoziale Gesundheit
- ☐ Körperliche Aktivität
- ☐ Prävention von Gewalt
- ☐ Stärkung kognitiver Ressourcen

5.2 Inhaltliche Ausrichtung*

☐ Verhältnisbezogen

Es werden Aktivitäten zur gesundheitsförderlichen Umgestaltung des Umfeldes, der Strukturen und/oder von Abläufen in der Lebenswelt der Zielgruppe durchgeführt.

Erläuterung/Beispiele:

☐ Verhaltensbezogen

Den Zielgruppen werden gesundheitsbezogene Informationen und/oder praktische Fertigkeiten, Haltungs-, Entscheidungs- oder Selbstwahrnehmungskompetenzen vermittelt.

Erläuterung/Beispiele:

6. Welche Ziele wollen Sie durch die Umsetzung des Projekts in Ihrer Einrichtung erreichen?*

7. An welche Zielgruppe(n) richten sich Ihre Maßnahmen und wie viele Personen werden schätzungsweise erreicht?*

Zielgruppe		Anzahl	
Zielgruppe		Anzahl	
Zielgruppe		Anzahl	
Zielgruppe		Anzahl	

8. Werden weitere Kooperationspartner in das Projekt einbezogen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?*

9. Gibt es ein Arbeits- und Steuerungsgremium für das Projekt?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche Vertreter sind in dem Steuerungsgremium (Institution, Name, Vorname)?*

10. Welche Methoden der Erfolgskontrolle werden eingesetzt (Befragung, Feedbackbögen …)?*

11. Durch welche Maßnahmen werden nach Abschluss des Projekts die Nachhaltigkeit der Interventionen und die Qualität gesichert?*

12. Finanzierung laut beigefügtem Finanzierungskonzept*

Geplante Gesamtkosten		Verfügbare Eigenmittel	
Fördergelder anderer Institutionen (siehe unten)		Beantragte Förderung	

IKK classic

12.1 Wo/Bei welchen Institutionen werden laut Finanzierungskonzept weitere Fördergelder beantragt?*

12.2 Sonstige Eigenmittel des Antragstellers/Trägers der Einrichtung*

12.3 Bankverbindung zur Überweisung des Förderbetrags

Kreditinstitut	
Kontoinhaber	
IBAN	
BIC	

Die IKK classic behält sich vor, die Durchführung und Finanzierung des Projekts vor Ort zu prüfen.
Der Antragsteller versichert hiermit, dass die Fördergelder ausschließlich für das genannte Projekt verwendet werden. Die Fördergelder werden wirtschaftlich eingesetzt. Sollten die tatsächlichen Kosten des geplanten Projekts geringer ausfallen als die erhaltenen Fördersummen, so verpflichtet sich der Antragsteller, den entsprechenden Anteil der Fördersumme an die jeweilige Institution/Krankenkasse zurückzuerstatten.

Ort	Datum	Unterschrift

* Sollte der Platz nicht ausreichen, fügen Sie bitte Anlagen hinzu.