**Förderung der Koordination von Aktivitäten in regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerken (HPNW) durch eine Netzwerkkoordinatorin oder einen Netzwerkkoordinator**

**gemäß § 39d SGB V**

**für das Förderjahr 20XX**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Anschrift zuständige Stelle  IKK classic  GFB Versorgung  Team Verträge Pflege und HKP  Postfach 10 02 03  01072 Dresden |  |  |

**Antragsfrist:**

**bis 30.09.20XX**

Die folgenden Angaben werden für die ordnungsgemäße Bearbeitung Ihres Antrages auf Förderung nach § 39 d SGB V benötigt.

Bitte beachten Sie, dass nur vollständig ausgefüllte, unterschriebene und fristgerecht eingereichte Anträge für die Förderung berücksichtigt werden können. Änderungen im Antragsvordruck durch Antragstellende sind nicht zulässig.

Eine fehlende Mitwirkung kann zur Ablehnung Ihres Antrages führen.

1. **Angaben zum Antragstellenden Registriernummer**

**Kontaktdaten:**

Name:

Anschrift (Straße, Hausnummer):

PLZ Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Internetseite:

Zugehörigkeit zu dem Landkreis/zur kreisfreien Stadt:

beantragter Förderzeitraum: von       bis

**Bankverbindung des Antragstellenden**

Name des Kontoinhabers:

Anschrift des Kontoinhabers:

Name der Bank:

IBAN:

1. **Angaben zu dem zu koordinierenden Hospiz- und Palliativnetzwerk (HPNW)**

**Kontaktdaten:**

Name

Anschrift (Straße, Hausnummer):

PLZ Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Internetseite:

Zugehörigkeit zu dem Landkreis/zur kreisfreien Stadt:

**Angaben zum Bestehen des zu koordinierenden Hospiz- und**

**Palliativnetzwerkes:**

Seit wann besteht das Netzwerk?

Regionale Ausrichtung des Netzwerkes:

Das Netzwerk erfasst vollständig den Landkreis/die kreisfreie Stadt

ja  nein

Bei nein: Angaben zur regionalen Ausrichtung:

**Bestätigung des Landkreises/der kreisfreien Stadt über eine beabsichtigte/zugesagte Förderung der Netzwerkkoordination nach § 3 Abs. 10 der Förderrichtlinie nach § 39d Abs. 3 SGB V**

Die Bestätigung des Landkreises/der kreisfreien Stadt über eine beabsichtigte/zugesagte Förderung der Netzwerkkoordination liegt für den beantragten Förderzeitraum vor

Anlage  ja  nein

Wurde im Vorjahr ein Förderantrag gestellt?

ja  nein

1. **Angaben zur Person der Netzwerkkoordinatorin oder des Netzwerkkoordinators**

**Kontaktdaten:**

Name:

Anschrift (Straße, Hausnummer):

PLZ Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

**Beschäftigungsverhältnis:**

Werden von der Netzwerkkoordinatorin oder dem Netzwerkkoordinator im beantragten Förderzeitraum auch Aufgaben für eine Netzwerkpartnerin/einen Netzwerkpartner wahrgenommen?

ja  nein

Wenn ja, in welchem Umfang? (Bitte Angaben in Stunden pro Woche)

1. **Projekt-Finanzierungplan für die Netzwerkkoordination durch die Netzwerkkoordinatorin oder den Netzwerkkoordinator**

**Allgemeine Angaben:**

|  |  |
| --- | --- |
| Stellenanteil der Netzwerkkoordinatorin/des Netzwerkkoordinators für die Netzwerkkoordination im beantragten Förderzeitraum  Durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit | VZÄ        Stunden/Woche |
| Tarifliche Eingruppierung (bitte ankreuzen)  Wenn ja, bitte Tarifwerk angeben  Entgeltgruppe /Erfahrungsstufe | ja /  nein |

**Geplante Ausgaben der Netzwerkkoordination für den Förderzeitraum**

Hinweis: Sofern eine Förderung für einen Zeitraum von mehr als einem Kalenderjahr beantragt wird, sind die Angaben jeweils für die entsprechenden Kalenderjahre auszuweisen.

1. **Personalausgaben**

|  |  |
| --- | --- |
| Bruttopersonalkosten | € |
| Personalnebenkosten | € |
| **Personalausgaben (gesamt)** | € |

1. **Sachausgaben** (Einzelpositionen sind inhaltlich in einer Anlage 4 ggf. weiter auszuführen)

|  |  |
| --- | --- |
| (anteilige) Mietkosten | € |
| (anteilige) Mietnebenkosten, inkl. Energie- und Reinigungskosten | € |
| Kosten der Ausstattung (Büromaterial einschließlich Fachliteratur, Büromöbel/-technik) | € |
| Reisekosten der Netzwerkkoordinatorin/des Netzwerkkoordinators | € |
| Aufwendungen zur Fortbildung der Netzwerkkoordinatorin/des Netzwerkkoordinators | € |
| Post- und Telekommunikationsgebühren | € |
|  | € |
|  | € |
|  | € |
| **Sachausgaben (gesamt)** | € |

|  |  |
| --- | --- |
| **Gesamtausgaben (Personal- und Sachausgaben)** | € |

**Geplante Einnahmen für die Netzwerkkoordination für den Förderzeitraum**

(**bezogen auf die geplanten Personal- und Sachausgaben der Netzwerkkoordination)**

|  |  |
| --- | --- |
| * Eigenmittel | € |
| * Mitgliedsbeiträge | € |
| * Höhe der beabsichtigten/zugesagten Förderung durch den Landkreis oder die kreisfreie Stadt | € |
| * Zuwendungen Dritter (z. B. aus Stiftungen, Spenden etc.) | € |
| * Sonstige Mittel (ggf. Übertrag aus Vorjahr) | € |
| **Gesamteinnahmen für die Netzwerkkoordination:**  **(ohne beantragte GKV-Fördermittel)** | € |

|  |  |
| --- | --- |
| **Es wird eine Förderung beantragt in Höhe von** | **€** |

Dem Antrag sind folgende Anlagen beigefügt:

Bestätigung des Landkreises/der kreisfreien Stadt mit Angabe der beabsichtigten/zugesagten Förderung und des Förderzeitraumes für die Netzwerkkoordination (gem. § 3 Abs. 10 der Förderrichtlinie § 39d SGB V) **(Anlage 1)**

Schriftliche Kooperationsvereinbarung der am Netzwerk beteiligten Akteurinnen und Akteure (gem. § 3 Abs. 6 der Förderrichtlinie § 39d SGB V) **(Anlage 2)**

Konzept für das Netzwerk (gem. § 3 Abs. 7 der Förderrichtlinie § 39d SGB V) **(Anlage 3)**

ggf. ergänzende Angaben zum Finanzierungsplan **(Anlage 4)**

1. **Erklärung**

Der Antragstellende erklärt, dass:

* bei Erhalt der Förderung die Gesamtfinanzierung des Vorhabens für den beantragten Förderzeitraum gesichert ist,
* die Netzwerkkoordination nicht mit kommerziellen Interessen wie der Vermarktung von Fort- und Weiterbildung oder der Bewerbung von Leistungen und Produkten verknüpft wird,
* die Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit eingehalten werden,
* keine Doppelförderung/-finanzierung der beantragten Kostenpositionen stattfindet,
* die Fördermittel nur zur Deckung der Kosten verwendet werden, die im Bewilligungszeitraum entstehen,
* er sich bereit erklärt, nicht, nicht rechtzeitig oder nicht zulässig verwendete Mittel an die fördernde Stelle zurückzuzahlen, sofern diese Mittel nicht nach Abstimmung mit dem Fördermittelgeber für die Förderung im Folgejahr angerechnet werden können. Dazu ist der fördernden Stelle - bei vorliegender Bewilligung - bis zu dem im Bewilligungsschreiben genannten Termin ein entsprechender Verwendungsnachweis für das vorangegangene Kalenderjahr vorzulegen.

Weiterhin erklären wir, dass die Angaben im Förderantrag (einschließlich aller Anlagen) richtig und vollständig sind und wir die Fördermittel zur Koordination der Aktivitäten in regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerken durch eine Netzwerkkoordinatorin oder einen Netzwerkkoordinator stellvertretend in Empfang nehmen. Wir sind für die ordnungsgemäße Verwendung des Geldes sowie die Ausstellung eines entsprechenden Verwendungsnachweises verantwortlich.

Ort, Datum:

Unterschrift (voller Namen, in Druckbuchstaben)

1. Vertretungsberechtigter

Unterschrift (voller Namen, in Druckbuchstaben)

ggf. 2. Vertretungsberechtigter