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

**gemäß § 39d SGB V**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Anschrift zuständige Stelle |  |  |

**Einreichungsfrist: 30.06. des Folgejahres für das Förderjahr**

**Förderjahr**

1. **Angaben zum Antragstellenden**

**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:

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

**Kontaktdaten:**

Name:

Anschrift (Straße, Hausnummer):

PLZ Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

**Beschäftigungsverhältnis:**

Beschäftigt von       bis       im Förderjahr

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. **Verwendung der Fördermittel für die Koordination von Aktivitäten in regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerken durch eine Netzwerkkoordinatorin / einen 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 |

**Ausgaben der Netzwerkkoordination für den Förderzeitraum**

|  |  |
| --- | --- |
| Personalausgaben (gesamt) | € |

|  |  |
| --- | --- |
| Sachausgaben (gesamt) | € |

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

**Einnahmen der Netzwerkkoordination für den Förderzeitraum**

|  |  |
| --- | --- |
| **Gesamteinnahmen für die Netzwerkkoordination** | € |

**Nicht verwendete Fördermittel**

|  |  |
| --- | --- |
| **Gesamteinnahmen abzüglich Gesamtausgaben** | € |

Ich versichere, dass die vorgenannten Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht wurden und ich gegenüber der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern befugt bin, für die im o.g. Netzwerk Beteiligten rechtsverbindliche Aussagen zu treffen.

Die Verarbeitung der Angaben erfolgt ausschließlich im Rahmen des gesetzlich notwendigen Verfahrens zur Förderung nach § 39d SGB V in Verbindung mit der Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes zur Förderung der Koordination der Aktivitäten in regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerken durch eine Netzwerkkoordinatorin / einen Netzwerkkoordinator nach § 39d SGB V.

Mir ist bewusst, dass die Fördermittel im Voraus ausbezahlt wurden und dass ich Fördermittel, die nicht zweckentsprechend verwendet wurden, an die zuständige Stelle zurückerstatten muss.

Für Fragen stehe ich zur Verfügung und werde die hierfür angeforderten Unterlagen unverzüglich an die zuständige Stelle übersenden.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort Datum Rechtsverbindliche Unterschrift mit Stempel

Anlage: Belegliste