**Musterantrag**

**Förderung der Koordination von Aktivitäten in regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerken durch eine Netzwerkkoordinatorin/einen Netzwerkkoordinator**

**gemäß § 39 d SGB V**

**für das Förderjahr 20XX**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| IKK classic  GFB Versorgung  Team Verträge Pflege und HKP  Postfach 51 03 06  30633 Hannover |  |  |

**Antragsfrist:**

**bis 30. September des Vorjahres**

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 den Antragsteller sind nicht zulässig.

Eine fehlende Mitwirkung kann zur Ablehnung Ihres Antrages führen.

1. **Angaben zum Antragsteller Registriernummer**

Name des Hospiz- und Palliativnetzwerkes (HPNW):

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ Ort):

Telefon:      …………………… Fax:

E-Mail:      ………………………… Internetseite:

Zugehörigkeit zu dem Landkreis/ kreisfreie Stadt:

beantragter Förderzeitraum: von       bis

**Kontaktdaten der Netzwerkkoordinatorin/des Netzwerkkoordinators:**

Name:

Telefon:       Fax:

E-Mail:

**Bankverbindung**

Für die Überweisung der Fördermittel ist die Angabe eines eigens für das Netzwerk eingerichteten Kontos notwendig.

Name des Kontoinhabers:

Anschrift des Kontoinhabers:

Name der Bank:

IBAN (22-stellig):

Kostenstelle des HPNW:

Stellenanteil der Netzwerkkoordinatorin/des Netzwerkkoordinators

für die Netzwerkkoordination:      VZÄ

Werden von der Netzwerkkoordinatorin /dem Netzwerkkoordinator zusätzliche  
Aufgaben für einen Netzwerkpartner wahrgenommen?

ja  nein

Wenn ja, in welchem Umfang?

1. **Angaben zum HPNW:**

Seit wann besteht das HPNW?

Förderbestätigung des Landkreises /der kreisfreien Stadt

Liegt für die beantragte Förderlaufzeit vor  ja  nein

Wurde im Vorjahr ein Förderantrag gestellt?

ja  nein

1. **Projekt-Finanzierungplan für die Netzwerkkoordination durch die Netzwerkkoordinatorin/den Netzwerkkoordinator für das Förderjahr 202X**
2. **Personalausgaben**

|  |  |
| --- | --- |
| 1.1 Stellenanteil der Netzwerkkoordinatorin/des Netzwerkkoordinators für die Netzwerkkoordination im Förderjahr | VZÄ |
| 1.2 Tarifliche Eingruppierung (bitte ankreuzen) | ja/  nein |
| 1.3 Wenn ja, bitte angeben welches Tarifwerk  Entgeltgruppe /Erfahrungsstufe |  |
| 1.4 Sozialabgaben | € |
| **Personalausgaben (gesamt)** | € |

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

|  |  |
| --- | --- |
| * 1. Reisekosten der Netzwerkkoordinatorin | € |
| 2.2.Aufwendung zur Fortbildung des Netzwerkkoordinators | € |
| 2.3 (anteilige) Mietkosten | € |
| 2.4.(anteilige) Mietnebenkosten, inkl. Energie- und Reinigungskosten | € |
| 2.4 Aufwendungen für Büro- und Geschäftsbedarf/ Telekommunikation | € |
| 2.5 Post- und Telekommunikationsgebühren  2.6. Sonstige Aufwendungen: | €       € |
|  | € |
|  | € |
|  | € |
| **Sachausgaben (gesamt)** | € |
| **Personal- und Sachausgaben (gesamt)** | € |

1. **Finanzierung des Netzwerkes bezogen auf die Gesamtausgaben**

|  |  |
| --- | --- |
| Finanzielle Mittel anderer Stellen (z.B. kommunale Fördermittel/ Spenden) | € |
| * Eigenmittel | € |
| * Förderbetrag der Kommune (beantragt) | € |
| * Zuwendungen Dritter (z.B. aus Stiftungen, Spenden etc.) | € |
| * Sonstige Mittel (ggf. Übertrag aus Vorjahr) | € |
| **Gesamteinnahmen des Netzwerkes: (ohne beantragte GKV-Fördermittel)** | € |

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

Dem Antrag sind folgende Anlagen beigefügt:

Förderbestätigung des Kreises/ der kreisfreien Stadt mit Angabe des zugesagten Förderbetrages und des Förderzeitraumes (gem. § 3 Abs. 10 der Förderrichtlinie § 39d SGB V**)**

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

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

Ergänzende Angaben zum Ausgaben- und Finanzierungsplan  
 oder besser: Finanzierungsplan für die Netzwerkkoordination (gem.§ 3 Abs. 9 der Förderrichtlinie § 39d SGB V)

**4. Erklärung**

Der Antragstellende erklärt, dass:

* bei Erhalt der Förderung die Gesamtfinanzierung des Vorhabens für das beantragte Haushaltsjahr gesichert ist.
* die Netzwerkkoordination nicht mit kommerziellen Interessen wie der Vermarktung von Fort- und Weiterbildung oder der Bewerbung von Leistungen und Produkten verknüpft werden soll
* die Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit eingehalten werden.
* bei nicht tarifgebundenen Einrichtungen keine Besserstellung (Basis: Tarifvertrag TVÖD VKA in der aktuell gültigen Fassung) bei den beantragten Personalkosten erfolgen wird.
* keine Doppelförderung/ -finanzierung der beantragten Kostenpositionen stattfindet
* mit dem Netzwerk keine Doppelstrukturen geschaffen werden sollen,
* die Fördermittel nur zur Deckung der Kosten verwendet werden, die im Bewilligungszeitraum entstehen.
* er sich bereit erklärt, nicht verwendete oder nicht zulässig verwendete Mittel an die fördernde Stelle zurückzuzahlen, sofern diese nicht in das nächste Jahr übertragen werden. Dazu ist der fördernden Stelle – bei vorliegender Bewilligung- bis zum im Bewilligungsschreiben genannten Termin ein entsprechender Verwendungsnachweis für das vorangegangene Kalenderjahr vorzulegen.

Weiterhin erklären wir, dass die Angaben im Förderantrag richtig und vollständig sind und wir stellvertretend für das Hospiz- und Palliativnetzwerk die Fördermittel in Empfang nehmen. Wir sind für die ordnungsgemäße Verwendung des Geldes sowie die Ausstellung eines entsprechenden Verwendungsnachweises verantwortlich.

Ort, Datum

Unterschrift Unterschrift

1. Vertretungsberechtigter ggf. 2. Vertretungsberechtigter