

Antragsunterlagen

Förderung der Koordination von Aktivitäten in regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerken (HPNW) durch eine Netzwerkkoordinatorin oder einen Netzwerkkoordinator gemäß § 39d SGB V

für das Förderjahr 2025

Anschrift zuständige Stelle

AOK Baden-Württemberg
Unternehmensbereich Versorgungsgestaltung
Geschäftsbereich Verhandlungen und Verträge Care
z. Hd. Stefanie Mößle
Presselstraße 19
70191 Stuttgart

**Antragsfrist:
bis 30.09.2024**

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

I. 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 Kontoinhaber/-in

Anschrift Kontoinhaber/-in

Name der Bank

IBAN

II. 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

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

III. 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) _____

IV. Projekt-Finanzierungsplan für die Netzwerkkoordination durch die Netzwerkkoordinatorin oder den Netzwerkkoordinator

Allgemeine Angaben:

Stellenanteil der Netzwerkkoordinatorin/des Netzwerkkoordinators für die Netzwerkkoordination im beantragten Förderzeitraum VZÄ

Durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit Stunden/Woche

Tarifliche Eingruppierung (bitte ankreuzen) Ja Nein

Wenn ja, bitte Tarifwerk angeben

Entgeltgruppe /Erfahrungsstufe

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): €

2. 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: €

Sonstige: €

Sonstige: €

Sonstige: €

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)
- 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)
- ggf. ergänzende Angaben zum Finanzierungsplan

V. Erklärung

Die Antragstellerin/der Antragsteller 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 1. Vertretungsberechtigte/-r

(voller Name, in Druckbuchstaben)

Unterschrift ggf. 2. Vertretungsberechtigte/-r

(voller Name, in Druckbuchstaben)