**„Strukturgespräche zur zukünftigen Gesundheitsversorgung“**

**Antrag auf Projektförderung**

**vom XX.XX.2019 bis max. 31.12.2021**

**Name des Projekts:**

|  |
| --- |
|  |

**Anlagen:**

**Antragsteller:**

Die Antragstellung kann nur durch kommunale Körperschaften erfolgen.

|  |  |
| --- | --- |
| **Stadt-/Landkreise:** |  |
| **Amt/Abteilung:** |  |
| **Ansprechperson:** |  |
| **Funktion:** |  |
| **Anschrift:** |  |
| **Telefon:** |  |
| **Email:** |  |

1. **Kurzangaben zum Projekt:**

**Titel des Projekts**

|  |
| --- |
|  |

**Worum geht es in Ihrem Projekt?** (Kurzzusammenfassung, max. 1000 Zeichen)

|  |
| --- |
|  |

1. **Beschreibung des Projekts**
2. **Ausgangslage und Motivation**

Wie ist die Ausgangslage vor Ort? Welche Versorgungsprobleme liegen vor? Welche Themen der sektorenübergreifenden Versorgung sollen im Benehmen mit dem Ministerium für Soziales und Integration zum Gegenstand der Strukturgespräche gemacht werden? Wieso eignet sich Ihr Kreiszusammenschluss besonders? (max. 4000 Zeichen)

|  |
| --- |
|  |

1. **Vorgehensweise und Zeitplan**

Welche Maßnahmen wollen Sie zur Umsetzung Ihres Projekts durchführen? In welchem Zeitraum soll dies erfolgen? Bitte beschreiben Sie stichwortartig die geplanten Schritte und den Zeitplan. (max. 2500 Zeichen)

|  |
| --- |
|  |

1. **Beteiligungsverfahren für die Stakeholder und die BürgerInnen**

Mit welchen Akteuren setzen Sie das Projekt um (Vereine, Verbände, ÄrztInnen, Kliniken, Pflegeeinrichtungen, Universitäten etc.)? Wie stellen Sie eine Kontinuität der Zusammenarbeit sicher? Wie planen Sie die Beteiligung der Bürgerschaft? Welche Rolle nehmen die Kommunalen Gesundheitskonferenzen ein?

(max. 3000 Zeichen)

|  |
| --- |
|  |

1. **Qualitätssicherung und Begleitung des Projekts**

Welche Maßnahmen ergreifen Sie, um die Qualität des Projektablaufs sicherzustellen? Stellen Sie stichwortartig die Zusammenarbeit mit Ihren Projektpartnern und die geplanten Qualitätssicherungsmaßnahmen dar. (max. 1500 Zeichen)

|  |
| --- |
|  |

1. **Zukunftsfähigkeit des sektorenübergreifenden Projekts**

Wie wollen Sie die Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung auf Basis Ihres Projekts langfristig verankern und die Fortführung des Projekts nach Auslaufen der Förderung langfristig sicherstellen? Inwiefern können andere Städte/Gemeinden/Landkreise von Ihren Erfahrungen profitieren? (max. 2500 Zeichen)

|  |
| --- |
|  |

1. **Kosten- und Finanzierungsplan**

**„Strukturgespräche zur zukünftigen Gesundheitsversorgung“**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Geplante Maßnahme** | | | | | |
| Beginn[[1]](#footnote-1)/ Ende[[2]](#footnote-2) der Umsetzung: | |  | Beginn: XX.XX.2019[[3]](#footnote-3)  Ende: XX.XX.XXXX | | |
| Besteht eine Berechtigung zum Vorsteuerabzug? | | Ja: | |  | Nein: |
|  |  | | | | |
| **Kostenplan**  (Welche Kosten entstehen insgesamt bei der Projektdurchführung?) | | | | | |
| Aufgegliederte Darstellung der  Ausgaben[[4]](#footnote-4) für die Maßnahme | | 2019 | 2020 | 2021 | Gesamt: |
| Personalausgaben bei unterschiedlichen Eingruppierungen und Aufgabengebieten (nach Stellen), nacheinander auflisten (Grundlage angeben z. B. TV-L EG 10, Beschäftigungsumfang) | |  |  |  |  |
| Sachausgaben  (detaillierte Darstellung der einzelnen Positionen) | |  |  |  |  |
| **Gesamtkosten** | |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Finanzierungsplan** | | | | |
|  | 2019 | 2020 | 2021 | Gesamt |
| Eigenmittel (detaillierte Darstellung der einzelnen Positionen / mindestens Personalausgaben für eine 0,5-Stelle für die Geschäfts- und Koordinierungsaufgaben vor Ort – Eingruppierung angeben) |  |  |  |  |
| Spenden |  |  |  |  |
| Zuschüsse weiterer öffentlich-rechtlicher Zuwendungsgeber |  |  |  |  |
| Sonstige Drittmittel |  |  |  |  |
| Beantragter Landeszuschuss (Finanzierungslücke) |  |  |  |  |
| **Summe** |  |  |  |  |

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die vorgenannten Hinweise rechtlich nicht verbindlich sowie abschließend sind.

**Erklärung:**

**Wir versichern, dass die Angaben in diesem Antrag richtig und vollständig sind, und dass wir jede Veränderung der für die Gewährung der Unterstützung maßgebenden Verhältnisse unverzüglich dem Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg mitteilen werden.**

**Wir sind darüber informiert, dass die Maßnahme nicht durch die Kassen nach § 39a SGB V bezuschusst werden kann.**

**Mit dem beantragten Projekt wurde noch nicht begonnen.**

**Im Falle einer Förderzusage sind wir in der Lage, das Projekt spätestens am 29. November 2019 zu beginnen. Das Projektziel kann bis 31.12.2021 (Durchführungszeitraum) erreicht werden.**

**Uns ist bekannt, dass die im Antrag erhobenen Daten für die Antragsbearbeitung benötigt werden. Wir willigen in die Verarbeitung, insbesondere das Speichern, Nutzen und Übermitteln der erhobenen Daten zum Zwecke der Bearbeitung des Antrags- und Bewilligungsverfahrens ein. Hierzu zählt auch die Übermittlung der Daten an die im Auswahlverfahren beteiligten Stellen.**

**Wir versichern, dass wir im Rahmen des Förderverfahrens die einschlägigen datenschutzrechtlichen Anforderungen beachten.**

Ort, Datum Unterschrift AntragstellerIn

1. Vor Bekanntgabe des Zuwendungsbescheids begonnene Vorhaben sind nicht zuwendungsfähig. [↑](#footnote-ref-1)
2. Die Zuwendungsfähigkeit der Maßnahmen setzt eine Durchführung bis spätestens 31.12.2021 voraus. [↑](#footnote-ref-2)
3. Das Projekt muss bis spätestens 29. November 2019 begonnen werden. [↑](#footnote-ref-3)
4. Bei bestehender Vorsteuerabzugsberechtigung nach § 15 UStG dürfen nur die Netto-Ausgabebeträge angesetzt werden. [↑](#footnote-ref-4)