**Antrag zur Projektförderung in Lebenswelten nach §20a SGB V durch die Krankenkassen / -verbände in Schleswig-Holstein**

**Bitte beachten Sie beim Ausfüllen des Antragformulars die Hinweise in der Handreichung.**

Sollten die vorhandenen Textfelder nicht ausreichen, fügen Sie ggf. weitere Dokumente bei.

|  |  |
| --- | --- |
| **Titel des Projektes** | **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.** |

|  |
| --- |
| **Laufzeit des Projektes**Von Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. bis Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. |
| Geplante Laufzeit insgesamt | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Monate  |

|  |
| --- |
| Handelt es sich bei dem vorliegenden Antrag um einen Erstantrag oder um einen Folgeantrag? |
| [ ]  Erstantrag | [ ]  Folgeantrag |

|  |
| --- |
| Wurde der Projektantrag noch bei weiteren Stellen eingereicht? |
| [ ]  nein | [ ]  ja, bei: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

**Antragsteller\*in**

|  |  |
| --- | --- |
| Name / Institution bzw. Träger der Einrichtung | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Anschrift | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| E-Mail | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Ansprechpartner\*in(falls abweichend zu obenstehender Person) | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

**1. Lebenswelt**

|  |
| --- |
| In welcher Lebenswelt wird Ihr Projekt durchgeführt? |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

**2. Zielgruppe**

|  |
| --- |
| An welche sozial und gesundheitlich benachteiligte Zielgruppe richtet sich Ihr Projekt? Welche Benachteiligung besteht? |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Wie viele Personen werden durch Ihr Projekt direkt erreicht? |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

**3. Projektbegründung**

|  |
| --- |
| Welchen Bedarf gibt es, um die geplante/n Maßnahme/n durchzuführen?  |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Welche Informationen oder Daten liegen vor, die den Bedarf deutlich machen? |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

**4. Projektbeschreibung**

**4.1 Kurzbeschreibung des Projektes**

|  |
| --- |
| Bitte stellen Sie Ihr Projekt und dessen Inhalte anhand der verschiedenen Phasen des Gesundheitsförderungsprozesses kurz und prägnant dar. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

**4.2 Verhältnisbezogene Maßnahmen**

|  |
| --- |
| Welche Maßnahmen planen Sie, um das Umfeld (Lebenswelt) der Zielgruppe gesundheitsförderlich zu verändern? |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

**4.3 Verhaltensbezogene Maßnahmen**

|  |
| --- |
| Aus welchem/n der folgenden Handlungsfeldern werden der/n Zielgruppe/n gesundheitsbezogene Informationen bzw. praktische Fertigkeiten und Kompetenzen vermittelt? Wenn nötig, beschreiben Sie diese kurz. |
| [ ]  Bewegung | [ ]  Ernährung | [ ]  Stressbewältigung/Entspannung |
| [ ]  Sucht | [ ]  Allgemeine Lebenskompetenz | [ ]  andere:  |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

**5. Projektziele**

**5.1 Übergeordnete/s Ziel/e**

|  |
| --- |
| Welche/s übergeordnete/n Ziele/e wollen Sie durch die Umsetzung des Projektes erreichen? |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

**5.2 Teilziele**

|  |
| --- |
| Welche Teilziele möchten Sie mit der Umsetzung des Projektes erreichen? |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

**5. Beteiligte Akteure / Qualifikationen**

**5.1 Steuerungsgremium**

|  |
| --- |
| Wie setzt sich das Steuerungsgremium für Ihr Projekt zusammen? Bitte geben Sie Institution, Namen und Aufgabe/n an.  |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

**5.2 Qualifikation/en des Projektdurchführenden**

|  |
| --- |
| Welche Qualifikation/en haben die Fachkräfte, die mit der Durchführung der Maßnahmen beauftragt werden? Bitte geben Sie Institution, Namen und Qualifikation/en an. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

**6. Evaluation**

|  |
| --- |
| Wie wird Ihr Projekt evaluiert? Welche Methoden / Instrumente werden zur Überprüfung der Auswirkungen Ihres Projektes eingesetzt? |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

**7. Nachhaltigkeit**

|  |
| --- |
| Mit welchen Maßnahmen wird die strukturelle und finanzielle Nachhaltigkeit des Projektes gesichert? |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

**8. Finanzierung**

Bitte fügen Sie Ihrem Projektantrag ein **detailliertes Finanzierungskonzept als Anlage** hinzu.

|  |  |
| --- | --- |
| **Geplante Gesamtkosten**  | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. **Euro** |
| Verfügbare Eigenmittel | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Euro |
| Drittmittel / Fördergelder | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Euro |
| Beantragte Fördersumme | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Euro |

Bei der Förderung nach § 20a SGB V handelt es sich um eine sogenannte Ermessensleistung der Krankenkassen. Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht.

Die gesetzlichen Krankenkassen in Schleswig-Holstein behalten sich vor, die Durchführung und Finanzierung des Projektes vor Ort zu prüfen.

Der/die Antragsteller\*in versichert mit seiner Unterschrift, dass die Fördergelder ausschließlich für das genannte Projekt verwendet werden. Die Fördergelder werden wirtschaftlich eingesetzt.

Die ordnungsgemäße Verwendung der Mittel nach § 20a SGB V muss durch entsprechende

Nachweise belegt werden. Bei nicht erbrachten Nachweisen oder vorsätzlich falschen Angaben sind die Krankenkassen in Schleswig-Holstein berechtigt, die finanziellen Zuwendungen zurückzufordern bzw. die zugesagten Fördermittel nicht auszuzahlen.

Sollten die tatsächlichen Kosten des geplanten Projektes geringer ausfallen als die erhaltenen Fördersummen, verpflichtet sich der/die Antragstellende, den entsprechenden Anteil der Fördersumme über die Gemeinsame Stelle der GKV an die Krankenkassen zurückzuzahlen.

|  |  |
| --- | --- |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ort, Datum  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift der/des Antragstellenden |

**Einwilligung in die Datenverarbeitung und –nutzung**

Ich erkläre mich/wir erklären uns bis auf Widerruf damit einverstanden, dass die oben angegebenen Antragsdaten und ergänzende Unterlagen an das GKV-Steuerungsgremium und ggf. weitere Partner der Landesrahmenvereinbarung Schleswig-Holstein übermittelt und dort verarbeitet und genutzt werden, um Fördermöglichkeiten zu prüfen.

Die Abgabe dieser Erklärung ist freiwillig. Ich kann/wir können diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ohne die Einwilligung ist eine Prüfung des Antrages auf Fördermöglichkeiten nicht möglich.

|  |  |
| --- | --- |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ort, Datum  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift der/des Antragstellenden |