**Ansøgningsskema for**

**Forsøgsordning med befordring af mennesker med en demensdiagnose**

|  |  |
| --- | --- |
| **Sundhedsstyrelsen skal modtage ansøgningen senest den****7. januar 2019, kl. 12.00** | **Skemaet sendes til****aedpulje@sst.dk - mrk. ”Forsøgsordning med befordring af mennesker med en demensdiagnose. [Navn på ansøger]”** |

**Ansøgningen skal sendes som én samlet pdf-fil.**

**Inden ansøgningen udfyldes, læses ”Vejledning til ansøgning – Forsøgsordning med befordring af mennesker med en demensdiagnose”.**

**Vejledningen skal følges og alle rubrikker besvares. Skema 2, ’Beskrivelse af forsøgsprojektet’, må maksimalt fylde 5 sider (skrifttype Arial, skriftstørrelse 10)**

Ansøgningsskemaet indeholder 4 delskemaer:

Skema 1: Generelle oplysninger

Skema 2: Beskrivelse af forsøget

Skema 3: Budget for hele forsøgsperioden

Skema 4: Budget for hvert år

**Eventuelle bilag**

|  |  |
| --- | --- |
| Hvis ansøger har vedlagt bilag til ansøgningsskemaet, noteres titlerne på disse her: |  |

**Skema 1: Generelle oplysninger**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1.  | Ansøger: |  |
| Adresse:CVR/SE-nummer: |  |
| Navn på koordinator: |  |
| Stillingsbetegnelse: |  |
| Tlf. nr.:  |  |
| E-mail: |  |
| Navn på forsøgets juridisk ansvarlige person:  |  |
| Stillingsbetegnelse:  |  |
| Tlf.nr.:E-mail: |  |
|  |  |
|  |  |
|  | Ansøgers personlige underskrift:Sted: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Underskrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dato: \_\_\_/\_\_\_2018. |
| 2. | Forsøgets varighed: | Forsøget forventes igangsat \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ 2019og afsluttes \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/ (forsøget skal afsluttes senest 31. december 2020) |
| 3.  | Der ansøges om i alt: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kr. (jævnfør budgetskema) |

**Skema 2: Beskrivelse af forsøget**

**(skemaet må max fylde 5 sider, skrifttype Arial, skriftstørrelse 10)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Forsøgets titel |  |
| 2. | Ansøger |  |
| 3. | Resumé af forsøget  | *[Her skrives et kort resumé som opsummerer ansøgers forsøg. Må max fylde 15 linjer.]*  |
| 4.  | Beskriv motivationen for at deltage i forsøget, herunder forventninger til forsøgsprojektet. |  |
| 5. | Såfremt ansøger i forvejen har eller tidligere har haft en befordringsordning for borgere med en demenssygdom, beskrives denne ordning, og hvordan forsøget adskiller sig fra ordningen. | *[Udfyldes kun hvis ansøger allerede har eller tidligere har haft en befordringsordning til borgere med en demenssygdom.]*  |
| 6.  | Beskriv hvordan relevante organisationer (fx Alzheimerforeningen og Ældre Sagen), pårørende og den enkelte borger med en demensdiagnose bliver inddraget i tilrettelæggelsen af forsøget.  |  |
| 7. | Beskriv hvordan forsøget kan understøtte en velfungerende befordringsordning, herunder udformning ift. tilgængelighed og fleksibilitet. |  |
| 8.  | Beskriv de forventede betingelser for målgruppens deltagelse i forsøget, herunder en nærmere afgrænsning af målgruppen.  |  |
| 9. | Beskriv hvordan målgruppen vil blive informeret om forsøget inden det igangsættes. | *[Beskriv omfang, metode mv.]*  |
| 10. | Beskriv hvordan forsøget vil blive organiseret og ledelsesmæssigt forankret. |  |
| 11. | Beskriv det vidensniveau og de kompetencer, som transportøren (chaufføren) har om demens – uanset type af transportør.  |  |
| 12. | Beskriv om der vil blive indgået kontrakt med relevante trafikselskaber om at udføre befordringen via flextrafik eller om ansøger vil tilbyde befordringen og i givet fald hvordan.  |  |
| 13. | Beskriv forsøgets mål og kriterier for, hvornår disse er opfyldt. |  |

**Skema 3: Budget for hele forsøgsperioden**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Ansøger:** |  |
| **2. Regnskabsansvarlig:** |  |
| **3. Revisor:** |  |
| **Udgifter:** | **Beregningsforudsætning**  | **Beløb i kr.**  | **Noter (brug gerne feltet til nærmere uddybning)** |
| **4. Kompensation til befordring:** | *[Her angives det forventede tilskud til befordring ud fra det samlede forventede antal brugere, ture og km* – *fratrukket den samlede forventede egenbetaling]* |  | *[angiv om evt. momsudgifter forventes dækket af puljen eller gennem momsrefusionsordningen]* |
| **5. Kompensation til ledsagelse:** | *[Her angives det samlede forventede antal brugere og de samlede forventede udgifter til ledsagelse]* |  | *[angiv om evt. momsudgifter forventes dækket af puljen eller gennem momsrefusionsordningen]* |
| **6. ANSØGT BELØB I ALT** |  |  |  |

**3. Fonde, myndigheder mv. medarbejderkategorierdelt på faggrupperSkema 4: Budget for hvert år**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Forsøgets titel:** |  |
| **2. Ansøger:** |  |
|  | 2019(beløb i kr.) | 2020(beløb i kr.) | Samlet beløb i kr. |
| Fra Sundhedsstyrelsen |
| **3. Kompensation til befordring:** |  |  |  |
| **4. Kompensation til ledsagelse:** |  |  |  |
| **Samlet budget** |  |  |  |

**3. Fonde, myndigheder mv. medarbejderkategorierdelt på faggrupper**