Ansøgningsskema for puljen:

**”****Palliative indsatser for udsatte borgere, herunder udsatte ældre borgere”**

|  |  |
| --- | --- |
| Frist for indsendelse af ansøgning1. oktober 2024, kl. 12.00 | Skemaet sendes elektronisk tilsstprim@sst.dk Mrk. Ansøgning til puljen: Palliative indsatser for udsatte borgere, herunder udsatte ældre borgere / 05-9999-165Ansøgningen sendes underskrevet |

Alle rubrikker i skemaerne skal besvares.

Ansøgningsskemaet indeholder:

* Skema 1: Ansøgningsskema til projektstøtte
* Skema 2: Projektbeskrivelsesskema
* Skema 4: Budgetskema for projektperioden
* Skema 5: Budget for hvert år

Der anmodes om, at ansøgningen udfyldes kort og præcist. Ansøgningen må max. have et omfang på 5 sider (skrifttype Arial, skriftstørrelse 10) ekskl. budgetskemaer mv. og eventuelle andre bilag. Sundhedsstyrelsens ansøgningsskema og

budgetskema skal anvendes og udfyldes. Kun ansøgninger, der er skrevet i ansøgningsskemaet, og som ikke fylder mere end 5 sider, vil komme i betragtning.

**Skema 1: Ansøgningsskema til puljemidler**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Projektets titel: |  |
| 2.  | Ansøger: |  |
| Adresse:CVR nr.: |  |
| Navn på projektleder(e): |  |
| Stillingsbetegnelse: |  |
| Tlf. nr.:  |  |
| E-mail: |  |
| Navn på projektets juridisk ansvarlige person:  |  |
| Stillingsbetegnelse: |  |
| Tlf.nr.:E-mail: |  |
| Kontaktperson:E-mail: |  |
|  | Ansøgers personlige underskrift:Sted: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Underskrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dato: \_\_\_/\_\_\_2024. |
| 3. | Eventuelt samarbejdsprojekt/partnerskabAnsvarlig kontaktperson: |  |
| 4.  | Ansøger og evt. samarbejdspartners forudsætninger for at gennemføre projektet: |  |
| 5. | Projektleders uddannelse, baggrund, erfaring og kompetence: |  |
| 6.  | Der ansøges om i alt: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kr. (jævnfør budgetskema) |
| 7.  | Projektets varighed: | Projektet forventes igangsat \_\_\_\_/\_\_\_\_ 2024og afsluttet \_\_\_\_/\_\_\_\_2025 |
| 8. | Er der ansøgt eller bevilget økonomisk støtte fra anden side: | Ja \_\_\_ Nej \_\_\_Der ansøgt om økonomisk støtte hos:1.2.3.Der er bevilget økonomisk støtte fra:1.2.3. |
| 9. | Egenfinansiering i projektet: |  |
| 10. | Projektets samlede budget: |  |

**Skema 2: Projektbeskrivelsesskema**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Projektets titel: |  |
| 2. | Baggrund for projektet og dets relevans, herunder evt. fundering i viden og praktiske erfaringer fra området fra både ind- og udland: |  |
| 3. | Projektets formål og forventede resultater i forhold til at udbrede og udvikle palliative indsatser til socialt udsatte borgere, herunder udsatte ældre borgere: |  |
| Projektets delmål på kort og langt sigt, målbare succeskriterier, samt hvordan der følges op på disse: |  |
| 4. | Beskrivelse af evt. eksisterende tilbud og indsatser (indhold, omfang, fleksibilitet mv.): |  |
| 5. | Beskrivelse af projektets målgruppe, herunder hvordan denne er særlig udsat, samt hvordan målgruppen konkret udvælges og rekrutteres |  |
| 6. | Beskrivelse af hvilke(n) væsentlige udfordringer, som indsatserne(en) har til formål at adressere samt hvordan: |  |
| 7. | Beskrivelse af hvordan ansøger vil inddrage relevante tværfaglige og -sektorielle aktører i samarbejdet: |  |
| 8. | Beskrivelse af de konkrete aktiviteter under forløbet og konkrete redskaber og metode ved disse aktiviteter: |  |
| 9. | Beskrivelse af projektorganisering, herunder involverede aktører, medarbejderorganisering mv.: |  |
| 10. | Evalueringsplan, herunder en beskrivelse af mål og succeskriterier samt hvilke data der løbende indsamles:  |  |
| 11. | Ansøgers organisation: |  |
| 12. | Tids- og projektplan:Tidsplan med aktiviteter, leverancer og milepæle | Projektet forventes igangsat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ og afsluttet: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Angiv en plan for hvert finansår: |

**Skema 3: Budget for projektperioden**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Projektets titel: |  |
| 2. Regnskabsansvarlig: | Navn: |
| Tlf.nr.: |
| E-mail: |
|  | Aktivitetsomfang (antal) | Timetal og sats | Beløb i kr. | Noter |
| 3. Aflønning/honorering ledelse i projektet |  |  |  |  |
| 4. Aflønning/honorering medarbejdere i projektet |  |  |  |  |
| 6. Uddannelse, workshops, kurser og lign. |  |  |  |  |
| 7. Aktiviteter, angiv hvilke  |  |  |  |  |
| 8. Kvalitetssikring, dokumentation og formidling |  |  |  |  |
| 9. Administration, inkl. mødeaktivitet og transport  |  |  |  |  |
| 10. Revision af regnskab ved projektafslutning |  |  |  |  |
| 11. Andet |  |  |  |  |
| 12. Evt. med-/egenfinansiering |  |  |  |  |
| **ANSØGT BELØB I ALT:** |  |  |  |  |

 **Skema 4: Budget for hvert år**

|  |  |
| --- | --- |
| **Projektets titel:** |  |
|  | **2024****(beløb i kr.)** | **2025****(beløb i kr.)** | **Samlet beløb** |
|  | **Evt. egenfinansiering** | **Fra Sundhedsstyrelsen** | **Evt. egenfinansiering** | **Fra Sundhedsstyrelsen**  | **Evt. egenfinansiering** | **Fra Sundhedsstyrelsen** |
| **Ledelse/ansvarlig i projektet** |  |  |  |  |  |  |
| **Medarbejdere i projektet** |  |  |  |  |  |  |
| **Uddannelse, kurser, workshops og lign.** |  |  |  |  |  |  |
| **Aktiviteter** |  |  |  |  |  |  |
| **Kvalitetssikring, dokumentation, evaluering og formidling** |  |  |  |  |  |  |
| **Administration inkl. mødeaktivitet og transport** |  |  |  |  |  |  |
| **Revision** |  |  |  |  |  |  |
| **Andet** |  |  |  |  |  |  |
| **I alt** |  |  |  |  |  |  |