**Pulje 1”** Understøttelse af, at alle læger i samarbejde med andet relevant sundhedsfagligt personale, udarbejder skriftlige genoptræningsplaner i overensstemmelse med bekendtgørelsen[[1]](#footnote-1) og processen sker i samarbejde med patienter og pårørende. **”**

|  |  |
| --- | --- |
| Frist for indsendelse af  ansøgning11. december 2017 kl 12.00 | Skemaet sendes til[plan@sst.dk](mailto:plan@sst.dk)Mrk. 4-1214-391/1. Pulje: Understøttelse af, at alle læger i samarbejde med andet relevant sundhedsfagligt personale, udarbejder skriftlige genoptræningsplaner i samarbejde med patienter og pårørende. ” |

Alle rubrikker i skemaerne skal besvares.

Ansøgningsskemaet indeholder:

* Skema 1: Ansøgningsskema til projektstøtte
* Skema 2: Projektbeskrivelsesskema
* Skema 3: Budgetskema for projektperioden

Der anmodes om, at ansøgningen udfyldes kort og præcist. Skema 2 må max fylde 3 sider, udfyldt med skrifttype Verdana, str. 10.

**Skema 1: Ansøgningsskema til projektstøtte**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Projektets titel: |  |
| 2. | Ansøger: |  |
| Adresse:  CVR nr.: |  |
| Navn på projektledere: |  |
| 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: \_\_\_/\_\_\_20xx. |
| 3. | Samarbejdsprojekt/partnerskab  Ansvarlig kontaktperson: |  |
| 4. | Ansøger og samarbejdspartneres forudsætninger for at gennemføre projektet: |  |
| 5. | Projektlederes uddannelse, baggrund, erfaring og kompetence: |  |
| 6. | Der ansøges om i alt: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kr. (jævnfør budgetskema) |
| 7. | Projektets varighed: | Projektet forventes igangsat \_\_\_\_/\_\_\_\_ 20xx  og afsluttet \_\_\_\_/\_\_\_\_20xx |
| 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: |  |
| 11. | Tidligere bevilget støtte fra Sundhedsstyrelsen inden for samme fagområde: | Projekttitel/årstal/bevilget beløb:  1.  2.  3.  Osv. |

**Skema 2: Projektbeskrivelsesskema**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Projektets titel: |  | |
| 2. | Baggrund og formål med projektet: |  | |
| 3. | Projektets overordnede mål (én linje): | |  |
| Delmål (én linje pr. delmål): | |  |
| 4. | Projektets fokus- eller indsatsområder: | |  |
| 5. | Projektets målgruppe(r): |  | |
| 6. | Aktiviteter og metoder (angiv i punktform): |  | |
| 7. | Projektets bidrag til at øge kvaliteten: |  | |
| 8. | Dokumentation og afrapportering (angiv i punktform foreløbige forslag indikatorer, der måles på): |  | |
| 9. | Projektets organisering og bemanding, herunder ledelsesmæssig forankring: |  | |
| 10. | Tids- og projektplan: | 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: | | | |
| 3. Revisor: |  | | | |
|  | Aktivitetsomfang (antal) | Timetal og sats | Beløb i kr. | Noter |
| 4. Projektledelse/-deltagelse: |  |  |  |  |
| 5. Uddannelse, kurser, konferencer o.lign. |  |  |  |  |
| 6. Materialer og/eller konkrete værktøjer/metode: |  |  |  |  |
| 7. Rejser og transport inkl. opholdsudgifter: |  |  |  |  |
| 8. Serviceydelser, herunder konsulentbistand mv.: |  |  |  |  |
| 9. Administration, revision: |  |  |  |  |
| 10. Andet: |  |  |  |  |
| **ANSØGT BELØB I ALT:** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Projektets titel:** |  | | | | | | | | | |
|  | **2017**  **(beløb i kr.)** | | **2018**  **(beløb i kr.)** | | **2019**  **(beløb i kr.)** | | **2020**  **(beløb i kr)** | | **Samlet beløb** | |
|  | **Evt. egenfinansiering** | **Fra Sundhedsstyrelsen** | **Evt. egenfinansiering** | **Fra Sundhedsstyrelsen** | **Evt. egenfinansiering** | **Fra Sundhedsstyrelsen** | **Evt. egenfinansiering** | **Fra Sundhedsstyrelsen** | **Evt. egen-finansie-**  **ring** | **Fra Sund-hedsstyrelsen** |
| **Projektledelse** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Uddannelse, kurser, workshops, konferencer og lign.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Materialer og/eller konkrete værktøjer/metode** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Serviceydelser, herunder fx konsulentbistand mv.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Andet** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I alt** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Skema 4: Budget for hvert år**

1. Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus (BEK nr. 1088 af 06/10/2014) [↑](#footnote-ref-1)