
(Antragsteller)

(Ort und Datum)

An die
Landesdirektion

**Antrag auf Gewährung einer Zuwendung für Leistungen gemäß Ziffer II Nummer 1
Buchstabe a bis h der Richtlinie des SMS zur Förderung von ambulanten
Hospizdiensten und stationären Hospizen (FRL Hospiz) vom 17. April 2007 durch den
ambulanten Hospizdienst**

für das HH-Jahr

Antrag vom:

- Anlagen**
- Satzung*
 - Auszug aus dem Vereinsregister*
 - Nachweis der Gemeinnützigkeit*
 - Konzept (bei Anträgen auf Förderung gemäß Ziffer IV Nummer 1.4 der FRL Hospiz)*
 - Bestätigung Landkreis/ kreisfreie Stadt (Anlage 1 zum Antrag)
 - Nachweis der Personalausstattung des ambulanten Hospizdienstes gemäß Ziffer IV Nummer 1.6 und 1.7 der FRL Hospiz** (Anlage 2 zum Antrag)

Antragsteller

Bezeichnung (Name des ambulanten Hospizdienstes)

Straße und Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Telefon (Vorwahl, Rufnummer)

* Nur bei erstmaliger Antragstellung und im Falle von Änderungen

** Weitere Unterlagen können durch Bewilligungsbehörde angefordert werden

Träger des ambulanten Hospizdienstes

Anschrift des Trägers

Telefonnummer für Auskünfte

Bankverbindung (Kontoinhaber, Bankleitzahl, Konto-Nr., Bank

1. Das förderfähige Leistungsangebot des ambulanten Hospizdienstes gemäß Ziffer II Nummer 1 Buchstabe a bis h der FRL Hospiz umfasst:

- | | |
|--|------------------|
| a) ambulante psychosoziale und spirituell-seelsorgliche Beratung/ Begleitung | v. H. |
| b) Beratung/ Begleitung trauernder Angehöriger sowie Gestaltung/ Vermittlung von Trauerangeboten | v. H. |
| c) Anleitung, Begleitung und Betreuung ehrenamtlicher Mitarbeiter und Hospizhelfer | v. H. |
| d) Schulung ehrenamtlicher Mitarbeiter und Hospizhelfer; Fort- und Weiterbildung von hauptamtlich angestellten Leitungsfachkräften | v. H. |
| e) Durchführung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen in der Sterbebegleitung für Mitarbeiter anderer Gesundheits- und Sozialeinrichtungen | v. H. |
| f) Aufbau und Weiterentwicklung der Vernetzung mit anderen in der Region wirkenden ambulanten und stationären Diensten und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens | v. H. |
| g) Initiierung und Mitwirkung bei der Implementierung von Hospizarbeit in stationären Pflegeeinrichtungen | v. H. |
| h) Öffentlichkeits- und Bildungsarbeit | v. H. |
| | <u>100 v. H.</u> |

(Angaben in vom Hundert zum gesamt förderfähigen Leistungsangebot)

2. Zusammen- und Mitarbeit in regionalen und überregionalen Arbeitskreisen

2.1. Der ambulante Hospizdienst ist Mitglied in folgendem/ folgenden regionalen Arbeitskreis/en:

.....
.....

2.2 der ambulante Hospizdienst arbeitet im überregionalen Arbeitskreis

.....
mit.

3. Beantragter Zuschuss aus Landesmitteln

3.1 für Personalausgaben Leitungsfachkraft **Euro/Jahr**

3.2 für Sachausgaben **Euro/Jahr**

Gesamt: **Euro/Jahr**

4. Finanzierungsplan (alle Angaben in Euro)

4.1. Zuwendungsfähige Ausgaben

4.1.1. Personalausgaben für geförderte Person/Jahr gemäß
Ziffer V Nummer 2.1/ 2.2 der FRL Hospiz
(Personalausgaben für eine Personalstelle für Koordinierungs-
und Querschnittsaufgaben für Frau/Herrn.....)

4.1.2 Sachausgaben gemäß Ziffer V Nummer 2.3 der FRL
Hospiz

: Ausgaben insgesamt
=====

4.2. Einnahmen projektbezogen

4.2.1. **Eigenmittel**
(z.B. Zuweisungen des Trägers, Mitgliedsbeiträge, Spenden)

4.2.2. **Zuschuss des Landes** (wie beantragt)

4.2.3. **Zuschüsse von Landkreis / Kreisfreier Stadt (einschl.
kreisangehöriger Stadt und Gemeinde)**

4.2.4. **Sonstige Finanzierungsmittel**
(bitte erläutern)

Einnahmen insgesamt
=====

5. Versicherung zum Antrag

- 5.1. Wir versichern, dass die vorstehenden Angaben und die Angaben im Personalblatt richtig und vollständig sind.

Wir verpflichten uns, jede Änderung der für die Zuwendung geltenden Zuwendungsvoraussetzungen unverzüglich der Landesdirektionmitzuteilen.

- 5.2 Für das Projekt werden / keine / weitere /n Landesmittel in Anspruch genommen.
- 5.3 Die/der in dem ambulanten Hospizdienst geförderte Beschäftigte/r wird finanziell nicht besser gestellt als vergleichbare Landesbedienstete.
- 5.4 Es wird bestätigt, dass die Ausgaben notwendig sind und mit den beantragten Mitteln wirtschaftlich und sparsam verfahren wird.

Ort, Datum

Unterschrift des Vertretungsberechtigten

Anlage 1 zum Antragsformular des ambulanten Hospizdienstes

AZ:

- 1 a. Die regionale Zuordnung des o.g. ambulanten Hospizdienstes ist gemäß Ziffer IV Nummer 1.2 der FRL Hospiz mit
der kreisfreien Stadt und/oder
dem/den Landkreis/en
..... abgestimmt worden.

- 1 b. Der ambulante Hospizdienst ist gemäß Ziffer IV Nummer 1.2 der FRL Hospiz Bestandteil
des kommunalen Altenhilfe-/Sozialplanes der kreisfreien Stadt und/ oder
des Landkreises/ der Landkreise

Der ambulante Hospizdienst soll in den kommunalen Altenhilfe-/Sozialplan gemäß Ziffer IV Nummer 1.2 der FRL Hospiz der kreisfreien Stadt und/ oder
des Landkreises/ der Landkreise aufgenommen
werden.

Bitte zutreffendes ausfüllen!

Die Bestätigung des/der Sozialamtes/-ämter wird erteilt / unter Vorbehalt / nicht erteilt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Stempel

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Stempel

2. Die kreisfreie Stadtund/oder
der Landkreis/ die Landkreise.....
bestätigt/bestätigen eine kommunale Förderung gemäß Ziffer IV Nummer 1.3 der FRL
Hospiz in Höhe von jeweilsEuro/Euro.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Stempel

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Stempel

3. Die kreisangehörige Stadt...../ Gemeinde.....
bestätigt/bestätigen eine kommunale Förderung gemäß Ziffer IV Nummer 1.3 der FRL
Hospiz in Höhe von jeweilsEuro/Euro.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift und Stempel