**Vordruck zur Antragstellung:**

Innovative Modellprojekte in der Kurzzeit-, Tagespflege und in ambulanten Wohnformen

# **Allgemeine Hinweise zum Antragsformular:**

Dieser Vordruck dient der Beantragung von Fördermitteln im Sinne des oben genannten Förderaufrufs des Landes Hessen. Das Formular soll Ihnen dabei helfen, alle für die Beantragung relevanten Aspekte abzubilden. Dies kann teilweise über Ankreuzkästen erfolgen, teilweise sind kurze prägnante Erläuterungen in Textform erforderlich.

Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus und speichern Sie es in einem Word- oder PDF-Format ab.

* Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular per E-Mail an die Adresse

[Pflege@hsm.hessen.de](mailto:Pflege@hsm.hessen.de)

* Senden Sie ggf. erforderliche Anlagen ebenfalls per E-Mail.

Senden Sie das Formular bitte zusätzlich per Post an:

Hessisches Ministerium für Familie, Senioren,

Sport, Gesundheit und Pflege

Referat V 8 A (Pflege/Betreuungs- und Pflegeaufsicht)

Sonnenberger Straße 2/2a

65193 Wiesbaden

Ihr Antrag kann nur bearbeitet werden, wenn die Angaben vollständig sind.

Für Fragen wenden Sie sich bitte an das Hessisches Ministerium für Familie, Senioren,

Sport, Gesundheit und Pflege, V 8 A Referat Pflege/Betreuungs- und Pflegeaufsicht bzw. per E-Mail an: [Pflege@hsm.hessen.de](mailto:Pflege@hsm.hessen.de).

# Antrag auf Gewährung einer Zuwendung

## Angaben zur Antragstellerin, zum Antragsteller

|  |  |
| --- | --- |
| Kreisfreie Stadt |  |
| Landkreis |  |
| kreisangehörige Kommune oder Stadt mit Sonderstatus |  |
| freie Träger (Verbände, Vereine, jur. Personen…) |  |
| Sonstiges |  |
| Name |  |
| Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) |  |
| Bankverbindung (IBAN, BIC, Name der Bank) |  |
| Auskunft erteilt (Name, Rufnummer, E-Mail-Adresse) |  |

## Angaben zu den Ausgaben und förderrelevante Angaben

|  |
| --- |
| Hiermit beantragen wir eine Gewährung einer Zuwendung in Höhe von      . |
| Mit der Maßnahme wurde noch nicht begonnen.  Wir beantragen den vorzeitigen Maßnahmenbeginn zum       ausfolgenden Gründen: |

## Konzeption des Projekts

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Projekttitel |  | | |
| Projektzeitraum | vom | | bis |
| Projektbeschreibung | Kurzdarstellung (max. eine Seite), insbesondere der innovative Ansatz mit hessenweiter Ausstrahlungswirkung soll deutlich erkennbar sein. | | |
| Projektziel(e) | Konkrete, erreichbare und nachprüfbare Ziele (Innovationsgehalt) unter Angabe von Indikatoren | | |
|  | 1. |  | | |
| 2. |  | | |
| 3. |  | | |

## Finanzierungsplan

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Finanzierungsplan | Zeitraum | Zuwendungsbedarf  in € | Eigenmittel  in € |
| 1. Kalenderjahr | vom bis |  |  |
| 2. Kalenderjahr | vom bis |  |  |
| 3. Kalenderjahr | vom bis |  |  |
| **Gesamtsumme** |  |  |  |

## Antragsunterlagen

*Folgende Anlagen sind dem Antrag beigelegt bzw. werden nachgereicht:*

Konzept  
 liegt bei

Aktivitäten und Erfahrungen im Themenfeld (stichwortartig, maximal drei Nennungen)

liegt bei

Ausführlicher Kosten- und Finanzierungsplan (mit dem Zuwendungszweck zusammenhängenden Einnahmen und Ausgaben gestaffelt nach Jahren für den gesamten Förderzeitraum sowie die für die Finanzierung eingeplanten Eigenmittel):  
 liegt bei

Erklärung darüber, ob der Zuwendungsempfänger allgemein oder für das betreffende Vorhaben zum Vorsteuerabzug nach § 15 Umsatzsteuergesetz (UStG) berechtigt ist

liegt bei

DAWI-De-minimis-Erklärung

liegt bei

Ggf. weitere Anlagen/Unterlagen

Ich versichere, dass ich für den beantragten Fördergegenstand keine oder keine weiteren Mittel von Dritten erhalte, beantragt habe oder beantragen werde (Ausschluss Doppelförderung).

Den aktuellen Förderaufruf des Hessisches Ministerium für Familie, Senioren,

Sport, Gesundheit und Pflege habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben im Antrag und in den Anlagen.

|  |
| --- |
| *Ort, Datum:*  *Rechtsverbindliche Unterschrift der Antragstellerin; des Antragstellers:*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  ***Bitte im Original unterschreiben!*** |

## Einverständniserklärung

Der Antragsteller erklärt, dass er

einer Nennung als Zuwendungsempfänger auf der Internetseite des Hessisches Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege samt entsprechender Kontaktdaten zustimmt.

datenschutzrechtliche Bestimmungen einhalten wird.

bereit ist, den Projektfortschritt über Zwischenberichte zu dokumentieren (mindestens 2x im Förderjahr).

## Einwilligung in die Datenverarbeitung und -nutzung

Ich/Wir erkläre/n mich/uns bis auf Widerruf damit einverstanden, dass meine/unsere Antragsdaten vom Hessisches Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege verarbeitet und genutzt werden, um den Antrag auf Förderung zu bearbeiten.

Des Weiteren erkläre/n ich/wir mich/uns bis auf Widerruf damit einverstanden, bei Erhalt der Zuwendung, Informationen über den Stand und Inhalte des Fördervorhabens auf Verlangen an das Hessisches Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege zu übermitteln.

Die Abgabe dieser Erklärung ist freiwillig. Ich/wir kann/können meine/unsere Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ohne die Einwilligung kann der Antrag auf Förderung nicht bearbeitet werden.

|  |
| --- |
| *Ort, Datum:*  *Rechtsverbindliche Unterschrift der Antragstellerin; des Antragstellers:*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ***Bitte im Original unterschreiben!*** |