Antrag

# auf eine Landesförderung von Modellvorhaben nach

# §123 SGB XI

# Das datierte und unterschriebene Formular inklusive der Anlagen ist beim Hessischen Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege einzureichen.

Art der Förderung (Zutreffendes ankreuzen)

Land Hessen und den Spitzenverband Bund der Pflegekassen (Landesförderung)

Land Hessen und eine/mehrere kommunale Gebietskörperschaft/en   
und den Spitzenverband Bund der Pflegekassen   
(Kombinierte Landes- und Kommunalförderung)

Titel/Akronym des geplanten Modellvorhabens:Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Durchführungszeitraum vom Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. bis Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Örtlicher Geltungsbereich des Modellvorhabens: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

X

|  |
| --- |
| 1. Angaben zum Träger des Modellvorhabens (Antragstellenden) |
| Name  Antragstellende Institution |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Rechtsform und Handels- oder Vereinsregisternummer** |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Anschrift**  *Straße/Hausnummer/PLZ/Ort/Stadt- oder Landkreis in Hessen* |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Handlungs- / Vertretungsberechtigte Person(en)  Name/Telefon (Durchwahl)/ E-Mail-Adresse |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Ansprechperson / Projektleitung**  Name/Telefon (Durchwahl)/ E-Mail-Adresse |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

X

X

|  |
| --- |
| Ggf. Angaben zum Projektpartner[[1]](#footnote-1) |
| Name  Institution |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Anschrift**  *Straße/Hausnummer/PLZ/Ort/Stadt- oder Landkreis in Hessen* |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Ansprechperson / Projektleitung**  Name/Telefon (Durchwahl)/E-Mail-Adresse |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

X

X

|  |
| --- |
| Angaben zur wissenschaftlichen Begleitung |
| Organisation/ Institut/ Name  Antragstellende Institution |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Anschrift**  *Straße/Hausnummer/PLZ/Ort* |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Ansprechperson  Name/Telefon (Durchwahl)/E-Mail-Adresse |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

X

X

|  |
| --- |
| Konzeption des Modellvorhabens |
| **Vorgesehene Zielregion/en**  Geben Sie an, in welcher Region/welchen Regionen das geplante Projekt erprobt werden soll. |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Ausgangslage und Motivation**  Stellen die Bedarfslage und bereits vorhandene Strukturen und Ressourcen vor Ort dar. Nutzen Sie dazu Zahlen, Daten, Fakten.  Beschreiben Sie die eigenen Aktivitäten und Erfahrungen im Themenfeld.  Beschreiben Sie auch, für welche Zielgruppe/n bzw. weiteren Akteure die geplanten Projektergebnisse relevant sein sollen und welche Akteure, Strukturen und Ressourcen vor Ort in das Modellvorhaben eingebunden werden. |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Projektbeschreibung  Kurzbeschreibung der wesentlichen Aspekte des Vorhabens (Max. 2 Seiten). |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Beitrag zu den Förderzielen  Beschreiben Sie zu welchem Schwerpunkt nach § 2 der Rahmenvereinbarung Ihr Vorhaben einen Beitrag leistet. Begründen Sie warum Sie diesen Schwerpunkt gewählt haben und welche konkreten Bedarfe, unter Angabe von Indikatoren, in der Region dafür bestehen. |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Regionaler Innovationsgehalt  Beschreiben Sie ausführlich, nachvollziehbar und plausibel das „neue“ an Ihrem Projekt und wie es ggf. von bereits ähnlichen Projekten abzugrenzen ist oder welche Erweiterungen es mit sich bringt. Legen Sie dar, wie sich ihr Projekt in das bestehende System integrieren lässt. |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Projektziel/e**  Stellen Sie dar, wie sich Ihr Projekt konkret auf die Versorgung Pflegebedürftiger auswirken soll. Beschreiben Sie konkrete, erreichbare und nachprüfbare Ziele die Sie mit Ihrem Projekt erreichen wollen. |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Messung der Zielerreichung  Stellen Sie unter Angabe von Indikatoren und angestrebten Werten dar, wie bzw. mit welcher Methode die Erreichung der einzelnen Projektziele gemessen wird und woran der Sie den Grad der Erreichung der Projektziele messen. |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Konkrete Projektumsetzung  Beschreiben Sie detailliert alle Durchführungsschritte (organisatorische, technische und inhaltliche) Maßnahmen) und die geplante Verwendung der Mittel, um die einzelnen Projektziele zu erreichen. Erstellen Sie hierzu bitte einen Projektstrukturplan inklusive der konkreten Teilaufgaben bzw. Arbeitspakete sowie einen Zeit- und Meilensteinplan und fügen Sie diesen als Anlage bei. |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Wissenschaftliche Begleitung  Benennen Sie Kriterien und Methoden, mit denen die wissenschaftliche Begleitung Ihres Projektes erfolgen soll (vgl. § 124 SGB XI). |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Nachhaltigkeit  Stellen Sie dar, wie die im Projekt entwickelten Konzepte, Instrumente, Netzwerke und anderen Projektergebnisse über den Förderzeitraum hinaus bei Ihnen oder einem Dritten weitergeführt werden können, um sie dauerhaft verfügbar zu halten.  Beschreiben Sie auch welches Potenzial eine Übertragung der Projektergebnisse auf andere Regionen aufweist und wie eine Übertragung des Projektes in die Regelversorgung gelingen kann und welche Voraussetzungen dafür notwendig wären. |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

X

X

| Beantragte Fördermittel **(entsprechend Anlage 1)** |
| --- |
| Gesamtausgaben des Projekts in Euro Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  **Beantragte Zuwendung in Euro**[[2]](#footnote-2)Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  **Eigenanteil in Euro**[[3]](#footnote-3) Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

X

X

|  |
| --- |
| **4. Erklärungen** |
| 1. Ich/wir habe/haben mit der Maßnahme noch nicht begonnen und werde/werden auch nicht vor Bekanntgabe des Zuwendungsbescheides beginnen. (Die Maßnahme gilt als begonnen, wenn beispielsweise vertragliche Verpflichtungen eingegangen wurden oder Veröffentlichungen durch Einladungen oder im Internet erfolgt sind.) 2. Ich/wir bin/sind zum Vorsteuerabzug nach § 15 Umsatzsteuergesetz (UStG) allgemein oder für das betreffende Vorhaben   nicht berechtigt,  berechtigt und dies wurde bei der Berechnung im Finanzierungsplan berücksichtigt (Preise ohne Umsatzsteuer).   1. Ich/wir habe/haben geprüft, ob für das Modellvorhaben Leistungen der Arbeitsförderung gewährt werden und habe/n diese   nicht erhalten,  erhalten, der entsprechende Bescheid wurde beigelegt,  erhalten der entsprechende Bescheid wird umgehend nachgereicht.   1. Ich/wir versichern, dass die Gesamtfinanzierung des Vorhabens bei Gewährung der beantragten Förderung gesichert ist. 2. Ich/wir versichern, dass durch die beantragte Förderung weder Eigen- noch Drittmittel ersetzt werden. 3. Ich/wir versichern, dass ich/wir das geförderte Modell nicht kommerziell vertreiben werde/n und es grundsätzlich diskriminierungsfrei allen interessierten Dritten zur Verfügung stehen wird. 4. Ich/wir sind Mitglied eines Arbeitgeberverbandes und zahle/n die Personalausgaben nach den für mich/uns gültigen Tarif. 5. Meine/unsere Gesamtausgaben (nicht projektbezogen) werden überwiegend aus Zuwendungen der öffentlichen Hand bestritten.   ja  nein   1. Für KMU: Ich/wir versichern, dass sich das Unternehmen nicht in einem Insolvenzverfahren befindet bzw. nach deutschem Recht keine Voraussetzungen vorliegen, die die Eröffnung eines Insolvenzverfahrens vorsehen. 2. Die Erläuterungen zum Antrag habe/n ich/wir zur Kenntnisgenommen. 3. Mir/uns ist bekannt, dass auf die Gewährung einer Zuwendung kein Rechtsanspruch besteht.   **Beigefügte Anlagen:**  Anlage 1 - Finanzierungsplan  Anlage 2 – zu den Personalausgaben – *Anzahl:*  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Anlage 3 – Stellungnahme kommunale Gebietskörperschaft  Anlage 4 – Weiterleitung von Zuwendungsmitteln – *Anzahl:*  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Projektstrukturplan  Zeit- und Meilensteinplan  Weitere Ergänzende Unterlagen:  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

X

X

Hiermit bestätige ich, dass die Erklärungen des Antrags zur Kenntnis genommen wurden.

Ich/wir versichere/versichern die Richtigkeit und Vollständigkeit der in diesem Antrag und in den Anlagen gemachten Angaben

*Ort, Datum: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Rechtsverbindliche Unterschrift/en der/des Handlungsberechtigten   
(zusätzlich bitte vollständiger Vorname und Name in Druckbuchstaben)*

***Bitte im Original unterschreiben!***

## 5. Einwilligung in die Datenverarbeitung und -nutzung

Mir/uns ist bekannt, dass die im Antrag erhobenen personen- und objektbezogenen Daten für die Antragsbearbeitung benötigt werden. Ich/wir willige/willigen bis auf Widerruf in die Verarbeitung, insbesondere das Speichern, Nutzen und Übermitteln der erhobenen Daten zum Zweck der Antragsbearbeitung und Verwaltung der Förderung ein.

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. Mir/uns ist bekannt, dass ohne die Einwilligung der Antrag auf Förderung nicht bearbeitet werden kann und eine (weitere) Förderung gegebenenfalls nicht möglich ist.

*Ort, Datum: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Rechtsverbindliche Unterschrift/en der/des Handlungsberechtigten   
(zusätzlich bitte vollständiger Vorname und Name in Druckbuchstaben)*

***Bitte im Original unterschreiben!***

1. Sollten mehrere Projektpartner vorhanden sein, ergänzen Sie diese bitte auf einem separaten Blatt. Zudem ist für jeden Projektpartner, an den Mittel zur Erfüllung der projektbedingten Aufgaben weitergeleitet werden sollen, die Anlage 4 beizufügen. [↑](#footnote-ref-1)
2. Die Beantragte Zuwendung umfasst sowohl den Förderanteil des Landes Hessen als auch den der Pflegeversicherung und ggf. der kommunalen Gebietskörperschaft. [↑](#footnote-ref-2)
3. Eine Finanzielle Beteiligung in Form eines Eigenanteils ist wünschenswert. [↑](#footnote-ref-3)