

## Antrag auf Förderung von Netzwerken nach § 45c Abs. 9 SGB XI

**Kreis bzw. kreisfreie Stadt:** \_\_\_\_\_

**Antragsteller:** Institution: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

**Ansprechpartner:** Name: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Der Antragsteller vertritt eine/n *(bitte Zutreffendes ankreuzen, Mehrfachantworten möglich)*:

- Kreis oder kreisfreie Stadt
- Selbsthilfegruppe/ -organisation/ -kontaktstelle im Sinne des § 45d SGB XI
- Gruppe ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen, die sich die Unterstützung, allgemeine Betreuung und Entlastung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen zum Ziel gesetzt haben.

### Angaben zum Netzwerk

**Name** des zu fördernden Netzwerkes: \_\_\_\_\_

Das Netzwerk dient der strukturellen Weiterentwicklung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen für an Demenz erkrankter Pflegebedürftiger sowie andere Gruppen von Pflegebedürftigen, deren Versorgung in besonderem Maße der strukturellen Weiterentwicklung bedarf (förderfähig sind bis zu 20.000 € pro Jahr). Eine Kurzbeschreibung des Netzwerkes liegt bei.

Das Netzwerk **existiert** seit \_\_\_\_\_

**Rechtsform** des Netzwerkes  Verein  ohne Rechtsform  
 GmbH  Sonstige: \_\_\_\_\_

**Führung** des Netzwerkes  ehrenamtlich  ehren- und  
 hauptamtlich  hauptamtlich

**Ziel(e)** des Netzwerkes  Aufklärung/Information  ideeller Natur  
 Versorgung  Sonstiges: \_\_\_\_\_  
 Verbund \_\_\_\_\_

**Finanzierung** durch:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mitgliedsbeiträge                           | <input type="checkbox"/> selbst erwirtschafteten Einnahmen |
| <input type="checkbox"/> Geld- und Sachleistungen von Unternehmen    | <input type="checkbox"/> Spenden                           |
| <input type="checkbox"/> Geld und Sachleistungen der Kommune/ Stadt, | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____                  |
| <input type="checkbox"/> öffentliche Fördergelder                    |  |

Beantragte **Fördersumme** \_\_\_\_\_ in € pro Kalenderjahr

Beantragter **Förderbeginn** \_\_\_\_\_

Die Förderung wird beantragt für netzwerkbedingte Kosten und wird voraussichtlich wie folgt verwendet (Verwendungsnachweis wird vorgelegt):

\_\_\_\_\_ € Personalkosten    \_\_\_\_\_ € Sachkosten    \_\_\_\_\_ € Öffentlichkeitsarbeit

### **Angaben zur Beteiligung der Kommune**

- Die Kommune unterstützt das Netzwerk (Unterstützungserklärung liegt bei)
- Die Kommune beteiligt sich am Netzwerk (Beteiligungsnachweis liegt bei)

### **Angaben zu weiteren den Antrag unterstützenden Kassen/Verbänden/Unternehmen**

Der Antrag wird unterstützt durch (*bitte Zutreffendes ankreuzen, Mehrfachantworten möglich*):

- Pflegekasse/n
- Pflegeverband/-verbände
- Unternehmen der PKV

Und zwar:

Institution: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Eine vollständige Liste der Unterstützer und formlose Unterstützungserklärungen liegen dem Antrag bei.

## Beteiligung anderer Partner am Netzwerk

Das Netzwerk bietet anderen Partnern im Sinne des § 45c Abs. 4 SGB XI im Einzugsgebiet die Möglichkeit der Teilnahme an der regionalen Zusammenarbeit.

Institution: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ort/ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

(in Druckbuchstaben): \_\_\_\_\_

### Anlagen

- Kurzbeschreibung des Netzwerkes (*max. 2 Seiten, Leitfragen: Wo besteht Handlungsbedarf (Ausgangslage/Bedarfsanalyse)? Welche Ziele werden mit dem Netzwerk verfolgt? Wie werden diese Ziele angegangen (Arbeitsweise, Qualitätsmanagement)? Wie wird das Netzwerk geleitet, wie sieht die Zusammenarbeit im Netzwerk aus?*)
- Adressliste der im Netzwerk kooperierenden Partner
- Freiwillige Vereinbarung zur Vernetzung zwischen den Netzwerkpartnern (Kopie)
- Eine Übersicht der aktuellen Finanzierung
- Ein Nachweis über die Beteiligung und/oder Unterstützung der Kommune
- Liste und Erklärungen der das Netzwerk unterstützenden Kassen/Verbände/Unternehmen der PKV