

Antrag

auf Bewilligung einer Zuwendung aus kommunalen Mitteln nach den Förderrichtlinien „Ambulante Unterstützung für Hilfe- und Pflegebedürftige“ Teil 2: Bewegungsangebote

Antragsteller (rechtsfähiger Träger des Angebots/der Initiative)

Name, Bezeichnung		
Ansprechpartner	Telefon	
	Email	
Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort)		
Kontonummer	Bezeichnung der Bank	Bankleitzahl

Angebot/Initiative

Bezeichnung des Angebots/der Initiative	
Email	Telefon
Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort)	
Tätigkeitsbereich (Stadtteilbezogen/Gesamtstadt)	Einwohnerzahl des Einsatzbereichs

Förderung eines

- Bewegungsangebots für eingeschränkte Personen in der Häuslichkeit
- (Begleit-)Angebots zur Nutzung geeigneter Angebote der Vereine und/oder Einrichtungen kultureller oder anderer Art
- Spezifischen Gruppen-Betreuungsangebots für eingeschränkte Personen

Wir beantragen für das aufgeführte Angebot im Jahr _____

- Kommunalförderung:
Die Gewährung einer Zuwendung aus kommunalen Mitteln

für die Zeit vom 01.01.2017 bis 31.12.2017 in Höhe von _____ Euro
(für tatsächlich entstandene Personal- und Sachkosten (Finanznachweis)),

max. 2.500,- €

Beschreibung des Angebots in Stichworten (ausführliche Konzeptionsbeschreibung hängt an):

A Angaben zum geplanten Angebot

1. Bewegungsangebot für eingeschränkte Personen in der Häuslichkeit

Häufigkeit pro Woche pro Person (geplant/durchschnittlich) _____x/Woche pro Person

Mindestens 1 x wöchentlich ja nein

Zahl der bürgerschaftlich Engagierten/bzw. bürgerschaftlich Tätigen: _____ Freiwillige

Vorgesehene (maximale) Teilnehmerzahl/Woche: _____ Betreute

davon in

Pflegegrad 1 _____

Pflegegrad 2 _____

Pflegegrad 3 _____

Pflegegrad 4 _____

Pflegegrad 5 _____

2. (Begleit-)Angebot zur Nutzung geeigneter Angebote der Vereine und/oder Einrichtungen kultureller oder anderer Art

Häufigkeit pro Woche pro Person (geplant/durchschnittlich) _____x/Woche pro Person

Mindestens 1 x wöchentlich ja nein

Zahl der bürgerschaftlich Engagierten/bzw. bürgerschaftlich Tätigen: _____ Freiwillige

Vorgesehene (maximale) Teilnehmerzahl/Woche: _____ Betreute

davon in

Pflegegrad 1 _____

Pflegegrad 2 _____

Pflegegrad 3 _____

Pflegegrad 4 _____

Pflegegrad 5 _____

3. Spezifisches Gruppen-Betreuungsangebot für eingeschränkte Personen

Ort des Gruppenangebots: _____

1x wöchentlich ja nein , sondern _____

Wochentag _____ Uhrzeit: von _____ bis _____

Zahl der bürgerschaftlich Engagierten/bzw. bürgerschaftlich Tätigen: _____ Freiwillige/pro Gruppe

Vorgesehene Teilnehmerzahl: ____ Betreute/pro Gruppe

davon in

Pflegegrad 1 _____

Pflegegrad 2 _____

Pflegegrad 3 _____

Pflegegrad 4 _____

Pflegegrad 5 _____

Kurze Beschreibung der geplanten Inhalte/Durchführung: _____

B Betreuende Personen und Qualitätssicherung

für den Einsatz (siehe A): 1. 2. 3.

tätige Personen: _____ insgesamt

Anleitung der bürgerschaftlich Engagierten oder bürgerschaftlich Tätigen durch Fachkraft? ja nein

Stundeneinsatz der Fachkraft:/Woche _____

Berufsausbildung der Fachkraft: _____

Kosten der Fachkraft/Std: _____

Zahl der angestrebten bürgerschaftlich Engagierten/bzw. bürgerschaftlich Tätigen: _____ Freiwillige

Anleitung durch welche geplanten Maßnahmen: _____

Vorgesehene Schulungsmaßnahmen und Fortbildung der bürgerschaftlich Engagierten/ Ehrenamtlichen:

C Kosten

1. Kosten für den Pflege-, Hilfebedürftigen:

Für die Gruppenbetreuung pro Gruppennachmittag/Person: _____ €

Für die häusliche Betreuung pro Stunde _____ €

Für das (Begleit-)Angebot _____ €

Für andere Zeiteinheit _____ € / pro _____

2. Aufwandsentschädigung für die freiwilligen Helfer/-innen

In der häuslichen Betreuung pro Stunde _____ €

Für das (Begleit-)Angebot _____ €

In der Gruppenbetreuung pro Gruppennachmittag: _____ €

D Versicherung

Es liegt ein Versicherungsschutz vor.

Bitte legen Sie den entsprechenden Nachweis dem Antrag bei.

E Dem Antrag beizufügen

- Aussagekräftige konzeptionelle Beschreibung des Angebots
- Finanzierungsplan
- Aufstellung über geplante Schulungen der Freiwilligen und weitere Maßnahmen der Qualitätssicherung
- Nachweis über eine angemessene Versicherung
- Angemessene Räumlichkeiten (Bei Gruppenbetreuungen)

F Verpflichtung

- Wir versichern, dass die Entschädigung der bürgerschaftlich Engagierten sich auf den tatsächlich entstandenen Aufwand beschränkt bzw. die Aufwandsentschädigung von bürgerschaftlich Tätigen §3 Nummer 26 des EStG in der jeweiligen Fassung nicht übersteigt.

- Wir haben zur Kenntnis genommen: Sie sind verpflichtet, dem Seniorenbüro jährlich, spätestens bis zum 31. März, einen formularmäßigen Verwendungsnachweis über den Vorjahreszeitraum vorzulegen, der insbesondere Auskunft über die Zahlung und die Art der übernommenen Betreuungen sowie über die eingesetzten haupt- und ehrenamtlichen Fachkräfte und die vorgenommenen Qualitätssicherungsmaßnahmen gibt.
- Wir erklären uns bereit an einem vom Seniorenbüro/Pflegestützpunkt regelmäßig organisierten Austauschtreffen der Träger der Projekte „Bewegungsförderung“ teilzunehmen, um eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung pflege- und Hilfebedürftiger Menschen zu fördern.
- Wir versichern, dass die Angaben in diesem Antrag richtig und vollständig sind und dass wir jede Veränderung der für die Anerkennung maßgebenden Verhältnisse unverzüglich dem Seniorenbüro/Pflegestützpunkt der Stadt Karlsruhe mitteilen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Antragsteller

G. Kosten- und Finanzierungsplan für das Projekt (Angebot/Initiative)

G.1	Zuwendungsfähige Ausgaben für das Projekt	X
G.1.1	Personalausgaben für Fachkräfte	
G.1.2	Sonstige Personalausgaben (z.B. Aufwandsentschädigungen für bürgerschaftlich Engagierte/Tätige, Honorare für Supervision, Schulungen etc.)	
G.1.3	Sachausgaben (ohne Aufwendungen im Sinne von § 82 Abs. 2 SGB XI) z.B. Entschädigungen für den tatsächlich entstandenen Aufwand *	
G.1.4	Summe der zuwendungsfähigen Ausgaben insgesamt	

G.2	Finanzierung der zuwendungsfähigen Ausgaben	X
G.2.1	Eigenmittel des Projektträgers (Spenden und Mitgliedsbeiträge der Krankenpflegevereine, Zinsen, Zuwendungen Kirchen etc.)	
G.2.2.	Entgelte (Gebühren) für Dienstleistungen von	X
	Selbstzahlern	
	Krankenversicherung	
	Pflegeversicherung	
G.2.3	Zuwendung der Stadt	
G.2.4	Zuwendung der Pflegekasse(n)	
G.2.5	sonstige Finanzierungsmittel: - Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben -sonstige öffentliche Zuwendungen - Sonstige - Einnahmen aus Verkäufen - Einnahmen aus Ersätzen - Überschüsse des Vorjahres	
G.2.6	Summe der Finanzierungsmittel	

H. Kosten und Finanzierung der übrigen nicht zuwendungsfähigen Projektausgaben

H.	Kosten und Finanzierung der übrigen Projektausgaben	
H.1	Nichtzuwendungsfähige Ausgaben des Projekts im Förderzeitraum	
H.2	Finanzierungsmittel für die unter Nummer 4.1 aufgeführten Ausgaben	
H.2.1	Eigenmittel	
H.2.2	Entgelte	
H.2.3	Zuwendungen aus dem öffentlichen Bereich	
H.2.4	Zuwendungen aus dem privaten Bereich	
H.2.5	Summe der Finanzierungsmittel	

2. Personalliste (ausschließlich für dieses Projekt zur Förderung vorgesehene Stellen)

* bei erstmaliger Aufnahme in den Antrag bitte **Qualifikationsnachweise** vorlegen

** bitte hier Funktion im Projekt/Angebot angeben

Name	Ausbildung*	Funktion**	Vergütungs- bzw. Entgelt- gruppe/ Tarifvertrag	Beschäftig- ungsumfang Prozent	Voraussichtliche Beschäftigungs- dauer von/bis	Angestellt bei	
						Antrag- steller 8	Kooperations- partner 9
1	2	3	4	5	6	8	9

Wir versichern, dass die in der Personalliste aufgeführten Fachkräfte – entsprechend der im Antrag angegebenen Anteile - ausschließlich in diesem Projekt, also in keinem weiteren Ressort des Trägers des Angebots/der Initiative beschäftigt sind