# Antrag zur Primärprävention nach §§ 20, 20 a SGB V für Beauftragten für Suchtprävention/Kommunalen Suchtbeauftragten zur Umsetzung des Setting-Ansatzes

|  |
| --- |
| An:  (Krankenkasse) |

**Titel des Projektes**

|  |
| --- |
|  |

Erstantrag  Folgeantrag

**Antragsteller**

|  |
| --- |
| Institution: |
| Ansprechpartner: |
| Anschrift: |
| Telefon: |
| E-Mail: |

**Das Projekt wird in folgenden Einrichtungen durchgeführt:**

|  |
| --- |
|  |

**Projektbeschreibung, insbes. Bedarf, Maßnahmen, Ziele/Zielerreichung, Setting, Partizipation, Öffentlichkeitsarbeit, Dokumentation, Evaluation, s. Handreichung zur Antragstellung** (Kann in Anlage konkretisiert werden)

|  |
| --- |
|  |

**Was sind die Ziele der Maßnahme**

Ein entscheidender Faktor für die erfolgreiche Durchführung von Projekten ist die möglichst konkrete, realistische und überprüfbare Definition von Zielen.

|  |
| --- |
| Ziele/Teilziele: |

**Zielgruppe**

An wen wenden sich Ihre Maßnahmen vorrangig?

Kindergarten/-tagesstätte: Kinder im Alter von       Jahren

Schule: Schüler der Jahrgangsstufen

Lehrkräfte

pädagogische Fachkräfte, Multiplikatoren

Eltern

Migranten

Geschlechtsspezifische Gruppen:  männlich  weiblich

Andere:

Mit dem Projekt werden schätzungsweise       Personen erreicht.

**Handlungsfelder**

Hat das Projekt einen oder mehrere Themenschwerpunkte? Wenn ja, welche:

Bewegung

Ernährung

Stressbewältigung/Entspannung

Legale und illegale Suchtmittel

Gesundheitskompetenz

**Sind die Interventionen verhaltens- und verhältnisbezogen?**

Verhaltensbezogen – Erläuterung/Beispiel:

|  |
| --- |
|  |

Verhältnisbezogen – Erläuterung/Beispiel:

|  |
| --- |
|  |

**Kooperationspartner**

Gibt es bereits Kooperationspartner für Ihr Projekt? Wenn ja, welche?

Nein, es gibt keine Kooperationspartner

Ja, Kooperationspartner sind:

|  |
| --- |
|  |

**Koordination und Steuerung**

Gibt es ein Entscheidungs- und Steuerungsgremium für Ihr Projekt? Wer sind die Vertreter?

Ein Entscheidungs- und Steuerungsgremium ist im Aufbau.

Ja, es gibt ein Entscheidungs- und Steuerungsgremium mit folgenden Vertretern:

|  |
| --- |
|  |

**Finanzierung**

Geplante Gesamtkosten\*:       EUR

Verfügbare Eigenmittel:       EUR

Fördergelder anderer Institutionen:       EUR bei Institution:

      EUR bei Institution:

      EUR bei Institution:

      EUR bei Institution:

**Beantragte Förderung:       EUR**

\* Detaillierte Aufstellung bitte als Kostenplan beilegen

**Laufzeit**

geplante Projektlaufzeit:       Monate

Projektbeginn:       Projektende:

**Evaluation / Erfolgskontrolle / Dokumentation**

Wie wird bzw. wurde in dem Projekt eine Evaluation durchgeführt?

ja, intern

ja, extern – durchführende Institution:

Welche Methoden der Erfolgskontrolle werden eingesetzt (z.B. Befragung, Feedbackbögen)

|  |
| --- |
|  |

Wie wird die regelmäßige Dokumentation während des Projektes sichergestellt? (z. B. unterjähriger Zwischenbericht, Endbericht)

|  |
| --- |
|  |

**Nachhaltigkeit**

Wie wird gewährleistet, dass Elemente des Projektes und Projektergebnisse auch nach Ende der Förderung Bestand haben und in den Alltag integriert werden?

|  |
| --- |
|  |

Der Antragsteller versichert hiermit, dass die Fördergelder ausschließlich für das genannte Projekt eingesetzt und wirtschaftlich verwendet werden.

Sollten die tatsächlichen Kosten des Projekts geringer ausfallen als die erhaltene Fördersumme, so verpflichtet sich der Antragsteller, den entsprechenden Anteil der Fördersumme an die jeweilige Krankenkasse zurückzuerstatten.

Ort/Datum Unterschrift des Projektverantwortlichen