**„Lokales Gesundheitszentrum mit Fokus auf geburtshilflicher Versorgung“**

**Antrag auf Gewährung einer Zuwendung des Landes Baden-Württemberg**

**vom 15.10.2020 bis max. 31.03.2022**

**Name des Projekts:**

|  |
| --- |
|  |

**Anlagen:**

**Angaben zum Antragsteller:**

Die Antragstellung kann durch kommunale Körperschaften und/oder geeignete Träger (z.B. Ärztenetze, Hebammen, Krankenhäuser, freie Träger) erfolgen, sofern sie eingetragene juristische Personen des privaten oder öffentlichen Rechts sind.

|  |  |
| --- | --- |
| **Stadt/Gemeinde/Kreis:** |  |
| **Sonst. Träger:** |  |
| **Landkreis:** |  |
| **Kontakt** |  |
| **Amt/Abteilung:** |  |
| **Ansprechperson:** |  |
| **Funktion:** |  |
| **Anschrift:** |  |
| **Telefon** |  |
| **Email:** |  |

1. **Kurzangaben zum Projekt:**

**Titel des Projekts**

|  |
| --- |
|  |

**Worum geht es in Ihrem Projekt?** (Kurzzusammenfassung, max. 1000 Zeichen)

|  |
| --- |
|  |

1. **Beschreibung des Projekts**
2. **Ausgangslage und Motivation**

Wie ist die Ausgangslage vor Ort? Welche Versorgungsengpässe liegen vor? Wie sieht die interprofessionelle Zusammenarbeit aus? Wieso eignet sich Ihr Standort besonders? (max. 4000 Zeichen)

|  |
| --- |
|  |

1. **Vorgehensweise und Zeitplan**

Welche Maßnahmen wollen Sie zur Umsetzung Ihres Projektziels durchführen? In welchem Zeitraum soll dies erfolgen? Bitte beschreiben Sie stichwortartig die geplanten Schritte und den Zeitplan ebenso wie ausgewählte Meilensteine (max. 2500 Zeichen).

|  |
| --- |
|  |

1. **Weiterentwicklung der geburtshilflichen Versorgung vor Ort**

Inwiefern trägt Ihr Projekt zur Verbesserung der geburtshilflichen Versorgung von Patientinnen bei? Welchen Schnittstellen bzw. Versorgungslücken widmet sich Ihr Projekt? Wie ist das Projekt in die Versorgungsstrukturen vor Ort eingebunden? Mit welchen Akteuren setzen Sie das Projekt um (Vereine, Verbände, ÄrztInnen, Kliniken, Pflegeeinrichtungen, Universitäten etc.)?

(max. 3000 Zeichen)

|  |
| --- |
|  |

1. **Qualitätssicherung und Begleitung des Projekts**

Welche Maßnahmen ergreifen Sie, um die Qualität des Projektablaufs sicherzustellen? Stellen Sie stichwortartig die Zusammenarbeit mit Ihren Projektpartnern und die geplanten Qualitätssicherungsmaßnahmen dar. (max. 1500 Zeichen)

|  |
| --- |
|  |

1. **Übertragbarkeit Ihres Projekts**

Wie wollen Sie die Verbesserung der geburtshilflichen Versorgung auf Basis Ihres Projekts langfristig verankern und die Fortführung des Projekts nach Auslaufen der Förderung langfristig sicherstellen? Inwiefern können andere Städte/Gemeinden/Landkreise von Ihren Erfahrungen profitieren? (max. 2500 Zeichen)

|  |
| --- |
|  |

1. **Kosten- und Finanzierungsplan**

**„Lokales Gesundheitszentrum mit Fokus auf geburtshilflicher Versorgung“**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | **Geplante Maßnahme** | | | |
| Beginn[[1]](#footnote-1)/ Ende[[2]](#footnote-2) der Umsetzung: | |  | |  | **Beginn: 15. Oktober 2020**[[3]](#footnote-3)  Ende: | |
| Besteht eine Berechtigung zum Vorsteuerabzug? | | Ja:  | | |  | Nein:  |
|  |  | |  | | | |
|  |  | | **Kostenplan** | | | |
| Aufgegliederte Darstellung der  Ausgaben[[4]](#footnote-4) für die Maßnahme | | 2020 | | 2021 | 2022 | Gesamt: |
| Personalausgaben bei unterschiedlichen Eingruppierungen und Aufgabengebieten (nach Stellen), nacheinander auflisten (Grundlage angeben z. B. TV-L EG 10, Beschäftigungsumfang) | |  | |  |  |  |
| Sachausgaben  (detaillierte Darstellung der einzelnen Positionen) | |  | |  |  |  |
| Gesamtkosten | |  | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | **Finanzierungsplan** | | | |
|  | | 2020 | | 2021 | 2022 | Gesamt |
| Eigenmittel | |  | |  |  |  |
| Spenden | |  | |  |  |  |
| Zuschüsse weiterer öffentlich-rechtlicher Zuwendungsgeber | |  | |  |  |  |
| Sonstige Drittmittel | |  | |  |  |  |
| Beantragter Landeszuschuss (= Finanzierungslücke) | |  | |  |  |  |
| Summe | |  | |  |  |  |

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die vorgenannten Hinweise rechtlich nicht verbindlich sowie abschließend sind.

**Erklärung:**

**Wir versichern, dass die Angaben in diesem Antrag richtig und vollständig sind, und dass wir jede Veränderung der für die Gewährung der Unterstützung maßgebenden Verhältnisse unverzüglich dem Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg mitteilen werden.**

**Mit dem beantragten Projekt wurde noch nicht begonnen.**

**Im Falle einer Förderzusage sind wir in der Lage, das Projekt noch in diesem Jahr, ab 15. Oktober 2020, zu beginnen. Das Projektziel kann bis 31.03.2022 (Durchführungszeitraum) erreicht werden.**

Ort, Datum Unterschrift AntragstellerIn

1. Vor Bekanntgabe des Zuwendungsbescheids begonnene Vorhaben sind nicht zuwendungsfähig. [↑](#footnote-ref-1)
2. Die Zuwendungsfähigkeit der Maßnahmen setzt eine Durchführung bis maximal 31.03.2022 voraus. [↑](#footnote-ref-2)
3. Das Projekt muss noch im Jahr 2020 begonnen werden. [↑](#footnote-ref-3)
4. Bei bestehender Vorsteuerabzugsberechtigung nach § 15 UStG dürfen nur die Netto-Ausgabebeträge angesetzt werden. [↑](#footnote-ref-4)