**„Aufbau von Lokalen Gesundheitszentren mit Fokus auf geburtshilflicher Versorgung“**

**Antrag auf Projektförderung**

**vom XX.XX.2019 bis max. 31.12.2021**

**Name des Projekts:**

|  |
| --- |
|  |

**Anlagen:**

**Antragsteller:**

Die Antragstellung kann durch kommunale Körperschaften oder geeignete Träger (beispielsweise Ärztenetze[[1]](#footnote-1), Hebammen, freie Träger…) erfolgen.

|  |  |
| --- | --- |
| **Stadt/Gemeinde/Kreis:** |  |
| **Landkreis:** |  |
| **Projektträger:** |  |
| **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 Versorgungsprobleme liegen vor? Wieso eignet sich Ihr Standort besonders? (max. 4000 Zeichen)

|  |
| --- |
|  |

1. **Vorgehensweise und Zeitplan**

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

|  |
| --- |
|  |

1. **Weiterentwicklung der Geburtshilfe**

Inwiefern trägt Ihr LGZ zur Verbesserung der Situation in der Geburtshilfe in Ihrer Region bei? Welchen Schnittstellen bzw. Versorgungslücken widmet sich Ihr LGZ? Wie ist das LGZ in die Versorgungsstrukturen vor Ort eingebunden? Mit welchen Akteuren setzen Sie das LGZ um (Hebammenverbände, ÄrztInnen, Kliniken, Pflegeeinrichtungen, Universitäten etc.)?

(max. 3000 Zeichen)

|  |
| --- |
|  |

1. **Qualitätssicherung und Begleitung des LGZ**

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

|  |
| --- |
|  |

1. **Übertragbarkeit Ihrer modellhaften Erprobung des LGZ**

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

|  |
| --- |
|  |

1. **Kosten- und Finanzierungsplan**

**„Lokale Gesundheitszentren“**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Geplante Maßnahme** | | | | | |
| Beginn[[2]](#footnote-2)/ Ende[[3]](#footnote-3) der Umsetzung: | |  | Beginn: XX.XX.20XX[[4]](#footnote-4)  Ende: XX.XX.XXXX | | |
| Besteht eine Berechtigung zum Vorsteuerabzug? | | Ja: | |  | Nein: |
|  |  | | | | |
| **Kostenplan**  (Welche Kosten entstehen insgesamt bei der Projektdurchführung?) | | | | | |
| Aufgegliederte Darstellung der  Ausgaben[[5]](#footnote-5) für die Maßnahme | | 2019 | 2020 | 2021 | 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** | | | | |
|  | 2019 | 2020 | 2021 | Gesamt |
| Eigenmittel (detaillierte Darstellung der einzelnen Positionen / mindestens 10% der zuwendungsfähigen Ausgaben) |  |  |  |  |
| Spenden |  |  |  |  |
| Zuschüsse weiterer öffentlich-rechtlicher Zuwendungsgeber |  |  |  |  |
| Sonstige Drittmittel |  |  |  |  |
| Erwartete Kostendeckung durch Erbringung regulärer GKV-Leistung |  |  |  |  |
| Beantragter Landeszuschuss (= Finanzierungslücke / max. bis 150.000 Euro) |  |  |  |  |
| **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 spätestens am XX:XX:XXXX zu beginnen.4 Das Projektziel kann bis XX:XX:XXXX (Durchführungszeitraum) erreicht werden.2**

**Uns ist bekannt, dass die im Antrag erhobenen Daten für die Antragsbearbeitung benötigt werden. Wir willigen in die Verarbeitung, insbesondere das Speichern, Nutzen und Übermitteln der erhobenen Daten zum Zwecke der Bearbeitung des Antrags- und Bewilligungsverfahrens ein. Hierzu zählt auch die Übermittlung der Daten an die im Auswahlverfahren beteiligten Stellen.**

**Wir versichern, dass wir im Rahmen des Förderverfahrens die einschlägigen datenschutzrechtlichen Anforderungen beachten.**

Ort, Datum Unterschrift AntragstellerIn

1. Es wird darauf hingewiesen, dass die antragsberechtigten Ärztenetze rechtsfähig sein müssen.

   . [↑](#footnote-ref-1)
2. Vor Bekanntgabe des Zuwendungsbescheids begonnene Vorhaben sind nicht zuwendungsfähig. [↑](#footnote-ref-2)
3. Die Zuwendungsfähigkeit der Maßnahmen setzt eine Durchführung bis spätestens 31.12.2021 voraus. [↑](#footnote-ref-3)
4. Das Projekt muss bis spätestens 01.11.2019 begonnen werden. [↑](#footnote-ref-4)
5. Bei bestehender Vorsteuerabzugsberechtigung nach § 15 UStG dürfen nur die Netto-Ausgabebeträge angesetzt werden. [↑](#footnote-ref-5)