

Antrag auf Förderung ambulanter Hospizarbeit nach § 39a Abs. 2 SGB V

Erwachsene

Sehr geehrte Damen und Herren,

Name und Ort des ambulanten Hospizdienstes:

hiermit stellen wir für unseren ambulanten Hospizdienst einen Förderantrag *) nach
1 § 39 a Abs. 2 SGB V.

Jahr der Förderung:

2012

2 Der ambulante Hospizdienst ist ein eigener eingetragener Verein:

ja

nein

3 Falls nein, unter welcher Trägerschaft wird der ambulante Hospizdienst betrieben? *)

--

Achtung: eine Förderung ist nur möglich, wenn die Voraussetzungen der **Anlage 2** erfüllt sind!

4 Folgende fest angestellte fachlich verantwortliche Kräfte des ambulanten Hospizdienstes nehmen - neben den in der Rahmenvereinbarung aufgezählten - für den Träger des ambulanten Hospizdienstes noch folgende Tätigkeiten wahr bzw. sind tätig als Teil einer anderen Einrichtung desselben Trägers mit folgenden Aufgaben:

--

5 Der ambulante Hospizdienst/der Träger des ambulanten Hospizdienstes hat für die verantwortliche Fachkraft/Fachkräfte und/oder für Schulungsmaßnahmen der Ehrenamtlichen einen Antrag auf eine öffentliche Förderung für das beantragte Jahr bei einer anderen Stelle gestellt oder erhält bereits eine öffentliche Förderung:

ja

nein

6 Falls ja, bitte eine Kopie des Förderbescheides beifügen.

I. Angaben zu den Fördervoraussetzungen entsprechend der Rahmenvereinbarung nach § 39 a Abs. 2 SGB V

7 Der ambulante Hospizdienst besteht seit *) <small>(bitte bei Änderungen bzw. Erstantragstellung ausfüllen)</small>	Änderung zum Vorjahr <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	--

8 Anzahl der qualifizierten, einsatzbereiten, ehrenamtlichen Personen *) <small>(Tag der Antragstellung)</small>	
---	--

9	Zugelassene(r) kooperierende(r) Pflegedienst(e), der/die über palliativ-pflegerische Erfahrungen verfügen *): (bitte bei Änderungen bzw. Erstantragstellung ausfüllen)	Änderung zum Vorjahr <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <u>Name(n) und Adresse(n):</u>
---	---	--

10	Kooperierende(r) approbierte(r) Arzt/Ärzte, der/die über palliativ-medizinische Erfahrungen verfügen *) (bitte bei Änderungen bzw. Erstantragstellung ausfüllen)	Änderung zum Vorjahr <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <u>Name und Adresse:</u>
----	---	--

11	Maßnahmen zur Sicherstellung der ständigen Erreichbarkeit *): (bitte bei Änderungen bzw. Erstantragstellung ausfüllen)	Änderung zum Vorjahr <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
----	---	--

- 12 Der ambulante Hospizdienst ist Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem und arbeitet im lokalen und kommunalen Verbund mit Initiativen des sozialen Engagements eng zusammen; *)
- ja nein

Änderung zum Vorjahr <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (bitte bei Änderungen bzw. Erstantragstellung ausfüllen)
<u>Wenn ja, mit welchen:</u>

Der ambulante Hospizdienst hat seine lokale und kommunale Vernetzung schriftlich darzulegen.

Wir versichern, dass der antragstellende ambulante Hospizdienst (*bitte ankreuzen*):

- 13 - bereits Sterbebegleitungen *) in Haushalt, in der Familie, in stationären Pflegeeinrichtungen bzw. in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder der Kinder- und Jugendhilfe geleistet hat (siehe auch III.);
- 14 - unter ständiger fachlicher Verantwortung mindestens einer entsprechend ausgebildeten Fachkraft steht; *)
- 15 - eine kontinuierliche Praxisbegleitung/Supervision der Ehrenamtlichen gewährleistet. *)
- 16 - Maßnahmen zur Sicherung der Qualität festlegt und diese durchführt; *)
- 17a - eine sachgerechte und kontinuierliche Dokumentation beim Sterbenskranken führt. *)
- 17b - ausschließlich Ehrenamtliche in der ambulanten Hospizarbeit einsetzt, die vor Antritt ihrer Tätigkeit einen Befähigungskurs abgeschlossen haben (siehe **Anlage 5**).

II. Angaben zur verantwortlichen Kraft *)

(Wird mehr als eine verantwortliche Kraft beschäftigt, für die eine Förderung beantragt wird, füllen sie bitte für jede weitere verantwortliche Kraft die Anlage 4 aus)

18 Der ambulante Hospizdienst beschäftigt eine / mehrere fest angestellte fachlich verantwortliche Kraft/Kräfte im Sinne der Rahmenvereinbarung, die palliativpflegerische und psychosoziale Beratung erbringt/erbringen und die Gewinnung, Schulung und Koordination der Ehrenamtlichen gewährleistet / gewährleisten:

19 Name + Vorname der verantwortlichen Kraft *):	
--	--

20 Beschäftigungsumfang (Anzahl der Wochenarbeitsstunden) *):	
---	--

21 Bei der verantwortlichen Kraft handelt es sich um eine *): (Bitte bei Änderungen; Neubesetzung bzw. Erstantragstellung ankreuzen)
<input type="checkbox"/> Pflegefachkraft im Sinne des § 5 Abs. 1 der Rahmenvereinbarung oder <input type="checkbox"/> Andere Person im Sinne § 5 Abs. 2 der Rahmenvereinbarung

22 Darüber hinaus ist die verantwortliche Kraft bei einem anderen Träger (z. B. bei einem ambulanten Pflegedienst) tätig: ja nein

Änderung zum Vorjahr <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (bitte bei Änderungen bzw. Erstantragstellung ausfüllen)
Wenn ja, für welchen Arbeitgeber, in welcher Funktion und in welchem Umfang?:

23 Darüber hinaus ist die verantwortliche Kraft für mehrere ambulante Hospizdienste tätig *): ja nein

Änderung zum Vorjahr <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (bitte bei Änderungen bzw. Erstantragstellung ausfüllen)
Wenn ja, für welche ambulante Hospizdienste, in welcher Funktion und in welchem Umfang?:

Achtung: eine Förderung ist nur möglich, wenn die Voraussetzungen der **Anlage 3** erfüllt sind!

24 Berufsbezeichnung / Hochschulausbildung *): (bitte bei Änderungen bzw. Erstantragstellung ausfüllen)	Änderung zum Vorjahr <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	--

25 Hauptberufliche Tätigkeit (mindestens 3 Jahre *): (bitte bei Änderungen bzw. Erstantragstellung ausfüllen)	Änderung zum Vorjahr <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	--

26 Palliative-Care-Weiterbildung oder entsprechende berufliche Tätigkeit *): (bitte bei Änderungen bzw. Erstantragstellung ausfüllen)	Änderung zum Vorjahr <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	--

27 Koordinatorensseminar (40 Stunden) oder 3 Jahre Koordinatorentätigkeit *): (bitte bei Änderungen bzw. Erstantragstellung ausfüllen)	Änderung zum Vorjahr <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	--

28 Seminar Führungskompetenz (80 Stunden) *): (bitte bei Änderungen bzw. Erstantragstellung ausfüllen)	Änderung zum Vorjahr <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	--

29 Folgende Voraussetzungen erfüllt die verantwortliche Fachkraft noch nicht:

--

Der Nachweis erfolgt für das

<input type="checkbox"/> Koordinatorensseminar	bis spätestens:
<input type="checkbox"/> Seminar zur Führungskompetenz	bis spätestens:
<input type="checkbox"/> Palliative-Care-Weiterbildung	bis spätestens:

30 Das Tätigkeitsprofil *) der verantwortlichen Fachkraft liegt als Anlage bei.

III. Angaben zur Berechnung der Fördersumme

31 Anzahl der am 31.12. des Vorjahres geschulten einsatzbereiten aktiven ehrenamtlichen Personen *): (siehe Anlage 5):	
---	--

32 Anzahl d. im Vorjahr abgeschlossenen Sterbebegleitungen in Haushalt, in der Familie, in stat. Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder der Kinder- und Jugendhilfe *): (siehe Anlage 6)	
---	--

IV. Angaben zu den Personal- und Schulungskosten i.S.d. § 6 Abs. 1 Rahmenvereinbarung *)

33 Personal- und Schulungskosten für Hauptamtliche *):	
a) Personalkosten *) in €:	
b) Kosten für die Fort- und Weiterbildung der bereits tätigen anerkannten Fachkräfte *) in €:	

34 Externe Schulungskosten für Ehrenamtliche *):	
a) Externe Fort- und Weiterbildungen in €	
b) Externe Kosten für Supervisionen in €	

V. Sonstige Angaben

35 Tätigkeits- bzw. Sachbericht und Jahresbericht aus dem Vorjahr:
soweit vorhanden, ist dem Antrag beigelegt:

ja nein

36 Der Antragsteller erklärt sich bereit, bei Unklarheiten dem Kostenträger die gesamten der Förderung zugrunde gelegten Daten oder einzelne Daten auch durch Einsichtnahme vor Ort zur Überprüfung zur Verfügung zu stellen:

ja nein

(Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden von den Krankenkassen beachtet.)

37 Die der Förderung zugrunde liegende Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 03.09.2002 in der Fassung vom 14.04.2010 ist uns in vollem Wortlaut bekannt:

ja nein

38 Ebenso sind uns die zu diesem Antragsformular gehörenden Erläuterungen samt zugehöriger Anlagen bekannt:

ja nein

39 Wir bitten um Überweisung des Förderbetrages auf folgende Bankverbindung des ambulanten Hospizdienstes:

Kontoinhaber:

Bankinstitut:

BLZ:

Konto-Nr.:

40 Für den Fall einer Förderung des Antragstellers nach § 39a Abs. 2 SGB V im Vorjahr:
Die Bankverbindung hat sich geändert:

ja nein

41 Der ambulante Hospizdienst verfügt über eine E-Mail-Adresse:

ja nein

42 Die E-Mail-Adresse lautet wie folgt:

.....
Ort, Datum

.....
Amb. Hospizdienst/Träger des amb. Hospizdienstes (Stempel und Unterschrift)