|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | |  |  | | Dato 01-10-2020 | TINH/MSTJm | | Sagsnr. 07-0900-9 |  | |  |

Ansøgning om deltagelse i afprøvning af dialogredskab til at vurdere værdighed

ANSØGNINGSSKEMA

|  |  |
| --- | --- |
| Frist for indsendelse af ansøgning  **30. november 2020 kl. 12.00** | Skemaet sendes til  [aedpulje@sst.dk](mailto:aedpulje@sst.dk)  Skriv i emnefeltet ”07-0900-9– Ansøgning deltagelse i afprøvning af praksisnært dialogredskab [kommunenavn/navn på leverandør]” |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ansøger**  Adresse  Tlf.nr.  E-mail | [*Hovedansøger = Kommune/ privat leverandør, herunder selvejende organisation*]  Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Klik eller tryk her for at skrive tekst. |
| Kontaktperson/projektkoordinator for forløbet  Tlf.nr.  E-mail | Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Klik eller tryk her for at skrive tekst.  *[Skriv her, navn på medarbejder, der vil varetage projektkoordinatorrollen og vedkommendes stilling og kompetence/baggrund ift. opgaven]* |

**Oplysninger om deltagende plejeenhed(er)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Plejeenhed:**  Navn på leder af plejeenheden  Tlf.nr.  E-mail  Antal medarbejdere i enheden  Antal borgere der forventes at indgå i afprøvningen | Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Klik eller tryk her for at skrive tekst. |
| **Plejeenhed:**  Navn på leder af plejeenheden  Tlf.nr.  E-mail  Antal medarbejdere i enheden  Antal borgere der forventes at indgå i afprøvningen | Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Klik eller tryk her for at skrive tekst. |
| **Plejeenhed**  Navn på leder af plejeenheden  Tlf.nr.  E-mail  Antal medarbejdere i enheden  Antal borgere der forventes at indgå i afprøvningen | Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Klik eller tryk her for at skrive tekst.  *[Udfyldes, hvis man ønsker at deltage med to plejeenheder]* |
| **Plejeenhed**  Navn på leder af plejeenheden  Tlf.nr.  E-mail  Antal medarbejdere i enheden  Antal borgere der forventes at indgå i afprøvningen | Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Klik eller tryk her for at skrive tekst.  *[Udfyldes, hvis man ønsker at deltage med tre plejeenheder]* |

**Underskrifter**

|  |
| --- |
| **Chef for relevant forvaltning/ansvarlig leder for leverandørens personlige underskrift:**  Sted: Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Navn: Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Underskrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dato: Klik eller tryk her for at skrive tekst. |
| **Leder af plejeenheds personlige underskrift:**  Sted: Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Navn: Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Underskrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dato: Klik eller tryk her for at skrive tekst. |
| **Leder af plejeenheds personlige underskrift:**  Sted: Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Navn: Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Underskrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dato: Klik eller tryk her for at skrive tekst. |
| **Leder af plejeenheds personlige underskrift:**  Sted: Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Navn: Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Underskrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dato: Klik eller tryk her for at skrive tekst. |
| **Leder af plejeenheds personlige underskrift:**  Sted: Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Navn: Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Underskrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dato: Klik eller tryk her for at skrive tekst. |

**Kriterier ved udvælgelse af indsatskommuner/-plejeenheder**

|  |  |
| --- | --- |
| I hvilken grad ansøger kan beskrive sin motivation for og forventninger til udbyttet af deltagelse i afprøvningen? | *[Beskriv og begrund her hvorfor I er interesserede i at deltage i afprøvningen, herunder i relation til værdig ældrepleje, og hvad I forventer at få ud af at deltage.]* |
| I hvilken grad der er ledelsesmæssig opbakning og forankring? | *[Beskriv her hvordan I sikrer den ledelsesmæssige opbakning til og forankring af afprøvningen. Beskriv her hvem, der har ledelsesansvaret, og hvordan ledelsen vil indgå i og støtte op om afprøvningen.]* |
| I hvilken grad deltagelse i afprøvningen kan understøtte ansøgers aktuelle arbejde med værdighed? | *[Beskriv her hvordan deltagelse i projektet forventes at styrke og understøtte jeres aktuelle arbejde med værdighed.]* |