Ansøgning om aktivitetstilskud

Sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse 2019 (1årigt projekt)

Ansøger:

Projekttitel:

**Indsatsområde:** Vælg et element.

**Dato:**

**OBS! Dette skema benyttes kun til 1årige projekter, der afsluttes senest d. 31. december 2019.**

**Vejledning**

Ansøgningen med budgetskemaer skal sendes elektronisk på e-mail og være Sundhedsstyrelsen i hænde senest **den fredag den 12. Oktober 2018 kl. 12.**

Ansøgningen sendes elektronisk til: [fob@sst.dk](mailto:fob@sst.dk)   
Emnetekst: Ansøgning, Indsatsområde: xxxxx (projekttitel), Sundhedsfremmepuljen 2019

Sundhedsstyrelsens ansøgningsskema og budgetskemaer skal benyttes for at komme i betragtning. Vær opmærksom på, at eventuel egenfinansiering af projektet ligeledes skal noteres i budgetskemaerne.

Ansøgningen må max fylde 9 A4 sider, skriftstr. 12 (skema 1+2, eksklusiv budgetskemaer). Bilagsmængden bør begrænses, og bilag kan ikke forventes at blive inddraget i den endelige vurdering og afgørelse.

Hvis en ansøger søger om midler til flere af hinanden uafhængige projekter, skal skema 1-4 udfyldes for hvert af de selvstændige projekter.

Der kan stilles spørgsmål frem til ansøgningsfristens udløb.

Spørgsmål til økonomi og budgetskemaer (skema 3+4) skal rettes til: Kasper Dahl, e-mail: [KAD@sst.dk](mailto:KAD@sst.dk)

Spørgsmål vedr. det faglige indhold og formelle krav (skema 1+2) skal rettes til: Cecilie Olivia Andersen, e-mail: [ceoa@sst.dk](mailto:ceoa@sst.dk)

For at sikre lige adgang til information om puljen vil spørgsmål og svar af relevans for alle ansøgere løbende blive offentliggjort på Sundhedsstyrelsens hjemmeside frem til ansøgningsperiodens udløb.

**SKEMA 1**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ansøgningsskema sendes til elektronisk til**  fob@sst.dk | **Ansøgningsfrist er fredag den 12. oktober 2018 kl. 12** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Projektets titel: |  |
| 2. | Ansøger (Organisationsnavn): |  |
| Adresse: |  |
| Navn på projektleder (er også kontaktperson): |  |
| Stillingsbetegnelse: |  |
| Tlf. nr.: |  |
| E-mail: |  |
| Navn på projektets juridisk ansvarlige person: |  |
| Stillingsbetegnelse: |  |
| Tlf.nr.:  E-mail: |  |
|  | Underskrift fra juridisk ansvarlig:  Sted: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Underskrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dato: \_\_\_/\_\_\_ 201\_ |
|  | Organisationens regnskabsmæssige  kontaktperson  Navn, adresse, tlf. nr. |  |
|  | Revisor  Navn, adresse, tlf.nr. |  |
| 3. | Ved samarbejdsprojekt/partnerskab  Ansvarlig kontaktperson: |  |
| 4. | Ansøgers forudsætninger for at gennemføre projektet: |  |
| 5. | Projektlederens/ansvarliges uddannelse, baggrund, erfaring og kompetence: |  |
| 6. | Der ansøges om i alt: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kr. (jævnfør budgetskema) |
| 7. | Projektets varighed: | Projektet forventes igangsat \_\_\_\_/\_\_\_\_ 2019  Afslutningstidspunkt: \_\_\_\_/\_\_\_\_ 2019 |
| 8. | Er der ansøgt eller bevilget økonomisk støtte fra anden side til den ansøgte indsats? | Ja \_\_\_ Nej \_\_\_  Der er ansøgt om økonomisk støtte hos:  1.  2.  3.  Der er bevilget økonomisk støtte fra  1.  2.  3. |
| 9. | Indgår der egenfinansiering i projektet: | Ja\_\_ Nej\_\_ Beløb: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kr. |
| 10. | Hvis svaret er ja til spørgsmål 8 eller 9, hvad er da projektets samlede budget: | Beløb: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kr. |
| 11. | Har organisationen fået bevilget støtte fra Sundhedsstyrelsen i de seneste 5 år. | Projekttitel/årstal/bevilget beløb:  1.  2.  3.  Osv. |
| 12. | Betingelser for støtte  De samlede betingelser er beskrevet i vejledningen til ansøgningsskemaet | **Sæt et kryds for hvert spørgsmål:**  Organisationen/ foreningen har bestået mere end 2 år (afsluttet regnskab): Ja \_\_\_ Nej \_\_\_  Omsætningen er på mindst 25.000 kr.  i senest afsluttede regnskab: Ja \_\_\_ Nej \_\_\_  ⁮  Det fremgår af vedtægterne, at organisationen/foreningen er landsdækkende eller har et landsdækkende sigte: Ja \_\_\_ Nej \_\_\_  Organisationen/foreningen har aktiviteter i mindst 3 af 5 regioner:  Ja \_\_\_ Nej \_\_\_  Organisationen/foreningen er hjemmehørende i Danmark:  Ja \_\_\_ Nej \_\_\_  Organisationen/foreningen har en juridisk ansvarlig person:  Ja \_\_\_ Nej \_\_\_  Det fremgår af vedtægterne, at organisationen/foreningen har et sundhedsfremmende eller forebyggende formål og/eller organisationen/foreningen følger Sundhedsstyrelsen anbefalinger og udmeldinger i sine generelle aktiviteter: Ja \_\_\_ Nej \_\_\_ |

**Skema 2**

Udfyldes for hver enkelt ansøgt aktivitet/projekt/indsats.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Organisation:  Projekttitel:  + evt. aktivitetstitel  Prioriteret indsatsområde: |  |
|  | Vision med projektet/aktiviteten |  |
|  | Mål for 2019 |  |
|  | Delmål for 2019 |  |
|  | Målgruppe |  |
|  | Forventet antal deltagere (fx borgere, institutioner) i indsatsen |  |
|  | Delaktiviteter 2019 |  |
|  | Detaljeret kronologisk tidsplan |  |
|  | Risici for manglende  målopfyldelse, og hvordan forventes imødegået |  |
|  | Ressourcer   1. Personale (og evt. frivillige) |  |
|  | Antal regioner projektet foregår i (hvilke?) |  |
|  | Kort beskrivelse af samarbejde (rolle/involvering af samarbejdspartnere)  Jf. pkt. 3 i skema 1  Udfyldes kun v. samarbejdsprojekt  Vedlæg gerne samarbejdsaftale |  |
|  | Plan for forankring og drift efter endt projektperiode |  |
|  | Andet? |  |

**Budgetskema (skema 3)**

**Ansøger skal benytte Sundhedsstyrelsens budgetskema 3 og 4.** **Begge skemaer skal udfyldes.** Skema 3 skal udfyldes detaljeret, og der er ingen sidebegrænsning på dette skema. Husk at markere både ansøgt beløb og egenfinansiering i både skema 3 og skema 4. Overhead kan maks. være på 20 procent.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Projektets titel: |  | | | |
| 2. Regnskabsansvarlig: | Navn: | | | |
| Tlf.nr.: | | | |
| E-mail: | | | |
| 3. Revisor: |  | | | |
|  | Aktivitetsomfang (antal) | Timetal og sats | Beløb i kr. | Noter |
| 4. Projektledelse/-deltagelse (fordel på indsatser): |  |  |  |  |
| 5. Uddannelse, kurser, konferencer o.lign. |  |  |  |  |
| 6. Materialer og/eller konkrete værktøjer/metode: |  |  |  |  |
| 7. Rejser og transport inkl. opholdsudgifter: |  |  |  |  |
| 8. Serviceydelser, herunder konsulentbistand mv.: |  |  |  |  |
| 9. Administration, revision, drift (skal specificeres): |  |  |  |  |
| 10. Andet: |  |  |  |  |
| **ANSØGT BELØB I ALT:** |  |  |  |  |

**Budgetskema (skema 4)**

**Ansøger skal benytte Sundhedsstyrelsens budgetskema 3 og 4.** **Begge skemaer skal udfyldes.** Skema 3 skal udfyldes detaljeret, og der er ingen sidebegrænsning på dette skema. Husk at markere både ansøgt beløb og egenfinansiering i både skema 3 og skema 4. Overhead kan maks. være på 20 procent.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Projektets titel:** |  | |
|  | Beløb 2019 | |
|  | Fra Sundheds-styrelsen | Evt. Egenfinansiering |
| Projektledelse |  |  |
| Uddannelse, kurser, workshops, konferencer og lign. |  |  |
| Materialer og/eller konkrete værktøjer/metode |  |  |
| Rejser og transport |  |  |
| Serviceydelser, herunder fx konsulentbistand mv. |  |  |
| Administration, revision, drift |  |  |
| Andet |  |  |
| **I alt** |  |  |