**Ansøgningsskema for puljen ”Vidensafdækning af årsager til afbrydelse af medicinsk behandling, selvmedicinering mv. ved kønsidentitetsforhold’**

|  |  |
| --- | --- |
| Frist for indsendelse af ansøgning1. juni 2023 kl. 12.00 | Skemaet sendes tilsyp-puljer@sst.dk samt emse@sst.dk ”*Pulje: vidensafdækning vedr. selvmedicinering, afbrydelse af medicinsk behandling mv. ved kønsidentitetsforhold, [Navn på ansøger], Sags-nr. 04-0499-26”* |

Vejledningen skal følges og alle rubrikker besvares.

***Bemærk følgende i forbindelse med udfyldelse af ansøgningsskemaet***

*Hvis der er problem med at skrive mere end én A4 side i de enkelte rubrikker i ansøgningsskemaet kan dette løses på følgende måde:*

* *Stå i rubrikken/rækken hvor der udfyldes information*
* *Højreklik på musen*
* *Vælg ”Egenskaber for tabel”*
* *Vælg faneblad ”Tabel”*
* *Vælg ”Tillad opdeling af rækker”*

**Skema 1: Ansøgningsskema til projektstøtte**

”Vidensafdækning af årsager til afbrydelse af medicinsk behandling, selvmedicinering mv. ved kønsidentitetsforhold”

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Projektets titel: |  |
| 2.  | Ansøger: | *Ex. Kommune/forvaltning, region/afdeling/område, forening* |
| Adresse: |  |
| Navn på projektleder: |  |
| Stillingsbetegnelse: |  |
| Tlf. nr.:  |  |
| E-mail: |  |
| Navn på projektets juridisk ansvarlige person:  |  |
| Stillingsbetegnelse:  |  |
| Tlf.nr.:E-mail: |  |
| Kontaktperson:E-mail: |  |
|  | Ansøgers personlige underskrift:Sted: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Underskrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dato: \_\_\_/\_\_\_2023. |
| 3.  | Samarbejdsprojekt/partnerskabAnsvarlig kontaktperson: |  |
| 4.  | Projektlederens uddannelse, baggrund, erfaring og kompetence: |  |
| 5.  | Der ansøges om i alt: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kr. (jævnfør budgetskema)  |
| 6.  | Projektets varighed: | Projektet forventes igangsat \_\_\_\_/\_\_\_\_ 202x og afsluttet \_\_\_\_/\_\_\_\_2024 |
| 7. | Er der ansøgt eller bevilget økonomisk støtte fra anden side: | Ja \_\_\_ Nej \_\_\_Der ansøgt om økonomisk støtte hos:1.2.3.Der er bevilget økonomisk støtte fra1.2.3. |
| 8. | Indgår der egenfinansiering i projektet: |  |
| 9. | Hvis svaret er ja til spørgsmål 8 eller 9, hvad er da projektets samlede budget: |  |
| 10. | Tidligere bevilget støtte fra Sundhedsstyrelsen | Projekttitel/årstal/bevilget beløb:1.2.3.Osv. |

 **Skema 2: Projektbeskrivelsesskema**

”Vidensafdækning af årsager til afbrydelse af medicinsk behandling, selvmedicinering mv. ved kønsidentitetsforhold”

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Projektets titel: |  |
| 2. | Baggrund og vision for projektet: |  |
| 3. | Overordnet mål: |  |
| Delmål: |  |
| 4. | Projektets fokusområder: |  |
| 5. | Målgruppe(r): |  |
| 6. | Rekrutteringsstrategi og forventet antal deltagere: |  |
| 7. | Sikring af kompetencer blandt fagpersonale: |  |
| 8. | Aktiviteter og metoder: |  |
| 9. | Inddragelse af målgruppen: |  |
| 10. | Forventes indsatsen at styrke øvrige områder?  |  |
| 11. | Samarbejde med øvrige aktører: |  |
| 12. | Risici for manglendemålopfyldelse, og hvordan forventes imødegået |  |
| 13. | Antal regioner projektet foregår i (hvilke?) |  |
| 14. | Dokumentation og afrapportering: |  |
| 15. | Formidling og kommunikation: |  |
| 16. | Projektets forankring: |  |
| 17. | Styregruppe: |  |
| 18. | Projektets organisering og bemanding: |  |
| 19. | Tidsplan: | Projektet forventes igangsat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ og afsluttet: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Angiv en tidsplan for projektet: |

**Skema 3: Budget for hele projektperioden**

”Vidensafdækning af årsager til afbrydelse af medicinsk behandling, selvmedicinering mv. ved kønsidentitetsforhold”

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Projektets titel: |  |
| 2. Regnskabsansvarlig: | Navn: |
| Tlf.nr.: |
| E-mail: |
| 3. Revisor: |  |
|  | Aktivitetsomfang (antal) | Timetal og sats | Beløb i kr. | Noter |
| 4. Projektledelse/-deltagelse: |  |  |  |  |
| 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: |  |  |  |  |
| 10. Andet: |  |  |  |  |
| **ANSØGT BELØB I ALT:** |  |  |  |  |