**Kooperationsprojekt**

**„GeschwisterCLUB in Bayern“**

Etablierung und Verstetigung eines gesundheitsförderlichen Präventionskonzeptes für Geschwister von Kindern mit Behinderung und/ oder Erkrankung sowie ihre Familien

(Förderzeitraum 01.01.2023 bis 31.12.2026)

**-Bewerbungsformular-**

Bewerbung als Standortpartner für das Kooperationsprojekt

„GeschwisterCLUB in Bayern“

Allgemeine Hinweise zum Bewerbungsformular:

Dieser Vordruck dient der Beantragung von Fördermitteln im Sinne des oben genannten Kooperationsprojekts des Instituts für Sozialmedizin in der Pädiatrie Augsburg (ISPA e. V.), das durch Mittel des GKV-Bündnisses für Gesundheit Bayern ermöglicht wird.

Bewerbungsberechtigt sind bayerische Landkreise und kreisfreie Städte in Kooperation mit Trägern aus dem Setting Einrichtungen für Menschen mit Behinderung und/ oder Erkrankung in Bayern (siehe Infoblatt 2). Das Formular ist so angelegt, dass beide Partner ihre gemeinsame Vision für das Projekt verschriftlichen bzw. die Bewerbung gemeinsam ausfüllen und einreichen.

Bitte füllen Sie das Bewerbungsformular vollständig aus und speichern Sie es als PDF-Datei ab. Weitere erforderliche Unterlagen, die der Bewerbung beigefügt werden müssen, sind: Gemeinnützigkeitsbescheid des Trägers, eine Absichtserklärung beider Standortpartner zur Kooperation im Rahmen des Projekts.

Bitte senden Sie das ausgefüllte Bewerbungsformular mit den oben genannten Anlagen an folgende E-Mail-Adressen:

* Eva Dorn: eva.dorn@ispa-instiut.de
* Kerstin Kowalewski: kerstin.kowalewski@ispa-institut.de

Ihre Bewerbung kann nur bearbeitet werden, wenn die Angaben vollständig und fristgerecht eingereicht sind.

Für Fragen bezüglich der Bewerbung wenden Sie sich bitte an ISPA e. V. unter: eva.dorn@ispa-institut.de und kerstin.kowalewski@ispa-institut.de

 [ ]  Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich im Bewerbungszeitraum einen Beratungstermin bei ISPA e. V. in Anspruch nehmen kann.

**A** Angaben zum Standortpartner bestehend aus Kommune und Träger

1. Angaben zur Kommune

|  |
| --- |
| Name der Kommune und Abteilung (z.B. Gesundheitsamt, Jugendamt, …) |
| Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) |
| Ansprechperson, Funktion (für weitere Kommunikation) | Rufnummer, E-Mail-Adresse |

1. Angaben zum Träger

|  |
| --- |
| Name und Abteilung des Trägers/ Rechtsform |
| Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) |
| Ansprechperson, Funktion (für weitere Kommunikation) | Rufnummer, E-Mail-Adresse |

**B** Inhaltliche Angaben zur geplanten Umsetzung von Struktur- und Angebotsaufbaumaßnahmen für Geschwister von Kindern mit Behinderung/ Erkrankung und ihre Familien auf Einrichtungs- und kommunaler Ebene

1. Beschreibung der bewerbenden Standortpartner bestehend aus Träger und Kommune (z. B. Nachsorgeeinrichtung, Einrichtung für Menschen mit Behinderung, Gesundheitsamt, etc.). Gehen Sie kurz darauf ein, was die wesentlichen Handlungsfelder und Aktivitäten der jeweiligen Standortpartner sind und was Sie befähigt, dieses Projekt durchzuführen.

(max. 2000 Zeichen)

1. Beschreiben Sie die Ausgangslage in Ihrer Region im Hinblick auf die Situation von Familien in besonderen Belastungssituationen und speziell der Geschwisterkinder (z.B. Anzahl der betreuten Familien beim Träger und die daraus resultierenden Angaben zu Geschwistern, Daten der Gesundheits- und Sozialberichterstattung, Daten zu Familien mit Kindern mit Behinderung/ Erkrankung, etc.)

(max. 1500 Zeichen)

1. Beschreiben Sie die IST-Situation in Ihrer Region im Hinblick auf Angebote für Geschwisterkinder und ihre Familien, bestehende Kooperationen zwischen der sich bewerbenden Einrichtung und Kommune sowie bestehende relevante (Netzwerk)-Strukturen für den Auf- und Ausbau von GeschwisterCLUB-Angeboten für Geschwister von 3-18 Jahren und ihre Familien.

(max. 2500 Zeichen)

1. Beschreiben Sie Ihre Vision davon, wie Sie die Ziele und Maßnahmen des Projekts in Ihrer Region umsetzen werden und wie sich Ihre Zusammenarbeit dabei gestalten wird.

(max. 1500 Zeichen)

1. Beschreiben Sie, an welcher Stelle in der Kommune der:die Gesundheitskoordinator:in für Familien sowie der:die Geschwisterbeauftragte:r in der Einrichtung strukturell verortet werden soll.

(max. 1000 Zeichen)

1. Beschreiben Sie, wie Sie die nachhaltige Verankerung der im Rahmen der Förderung initiierten Prozesse und Maßnahmen, sicherstellen wollen.

(max. 1000 Zeichen)

**C** Beantragung von Fördermitteln

Wir beantragen (zutreffendes bitte ankreuzen)

[ ]  **Einen Zuschuss (gemäß der vorgesehenen Staffelung im Finanzierungsplan) zu einer Personalstelle (19,5 h/Wo) als Geschwisterbeauftragte:r bei unter Punkt A2 genanntem Träger,** **sowie einen Sach- und Gemeinkostenzuschuss im Rahmen des Finanzierungsplans.**

[ ]  **Einen Zuschuss (gemäß der vorgesehenen Staffelung im Finanzierungsplan) zu einer Personalstelle (10 h/ Wo) als Gesundheitskoordinator:in für Familien in unter Punkt A1 genannter kommunaler Stelle, sowie einen Sach- und Gemeinkostenzuschuss im Rahmen des Finanzierungsplans.**

[ ]  Wir versichern, dass die beiden oben genannten Personalstellen im beantragten Stundenumfang angestellt werden und ihnen die beschriebenen Aufgaben vom *Infoblatt 3\_Aufgaben und Qualifikationen* übertragen werden.

[ ]  Die beiden Fachkräfte des Standortes werden an den von ISPA e. V. organisierten (Netzwerk)-Treffen, Multiplikator:innen-Schulungen, Evaluationen etc. teilnehmen und mitwirken.

[ ]  Wir bestätigen, dass die für den Projektzweck angestellten Personen über die im *Infoblatt 3\_Aufgaben und Qualifikationen* vorgeschriebenen Qualifikationen verfügen.

[ ]  Wir versichern, dass wir für den geförderten Personalanteil keine weiteren Mittel von Dritten erhalten, beantragt haben oder beantragen werden (Ausschluss Doppelförderung).

[ ]  Wir versichern die Einhaltung der Teilnahmebedingungen und Fördervoraussetzungen des Kooperationsprojekts (*Infoblatt 2\_Fördervoraussetzungen*).

[ ]  Wir (die Kommune) bestätigen, dass wir direkter Ansprechpartner von ISPA e. V. sind und für die Mittelweitergabe an den Standortpartner sowie die damit einhergehende Verwendungsprüfung Verantwortung übernehmen.

[ ]  Wir bestätigten alle vier Infoblätter erhalten und gelesen zu haben.

[ ]  Wir streben an die Personalstellen nach dem Projektzeitraum fortzuführen.

**D** Einreichung weiterer Bewerbungsunterlagen

Folgende Anlagen sind der Bewerbung beigefügt bzw. werden nachgereicht:

* Unterzeichnete Absichtserklärung beider Standortpartner zur Kooperation im Rahmen des Projekts

[ ]  liegt dem Antrag bei [ ]  wird nachgereicht bis zum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Gemeinnützigkeitsbescheid des Trägers

[ ]  liegt dem Antrag bei [ ]  wird nachgereicht bis zum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**E**  Hinweis zur Verarbeitung personenbezogener Daten

Im Rahmen der Bewerbung bei ISPA e. V. als Standortpartner für das Kooperationsprojekt „GeschwisterCLUB in Bayern“ gefördert mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20a SGB V informieren wir Sie mit der Erhebung personenbezogener Daten über deren Verarbeitung gemäß den Vorgaben des Art. 13 der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO).

Das Auswahlverfahren zur Entscheidung über die Standortpartner führt ISPA e. V. (Ulmer Str. 160, 86156 Augsburg) führt ISPA e. V. in Rücksprache mit dem Programmbüro des GKV-Bündnisses für Gesundheit in Bayern (c/o Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e. V. (LZG), Geisenhausenerstraße 18, 81379 München) durch. Im Rahmen der Bewerbung und der Entscheidung verarbeitet die genannte Stelle personenbezogene Daten für die Wahrnehmung von Aufgaben, die im öffentlichen Interesse liegen im Sinne des Art. 6 Abs. 1 lit. e DS-GVO sowie zur Wahrung der berechtigten Interessen im Sinne des Art. 6 Abs. 1 lit. f DS-GVO im hierfür erforderlichen Umfang.

[ ]  Wir versichern die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben in der Bewerbung und in den beigefügten Anlagen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Rechtsverbindliche Unterschrift (Kommune)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name, Funktion der unterzeichnenden Person

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Rechtsverbindliche Unterschrift (Träger)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name, Funktion der unterzeichnenden Person

