|  |  |
| --- | --- |
|  | 15-09-2017 |

**Ansøgningsskema 1 for satspuljeprojekt**

**”Tidlig indsats for sårbare familier”**

**…….Kommune**

**Model A eller model B**

|  |  |
| --- | --- |
| Frist for indsendelse af  ansøgning31.10.2017 kl. 12 | Skemaet sendes til[FOB@sst.dk](mailto:FOB@sst.dk)Mrk. 1-1010-294/1/ANP |

Inden skemaet udfyldes, læses ”Vejledning til ansøgning – Tidlig indsats for sårbare familier”.

Vejledningen skal følges og alle rubrikker i både skema 1 og 2 skal besvares.

Ansøgningens skema 2 må max. fylde 12 sider med punkt 12, 1½ linjeafstand og uden at flytte margener i skemaet.

***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**

**”Tidlig indsats for sårbare familier”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Projektets titel: |  |
| 2. | Ansøger: | Den kommunale sundhedstjeneste i  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Kommune |
| 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: \_\_\_/\_\_\_2017. |
| 3. | Samarbejdsprojekt/partnerskab  Ansvarlig kontaktperson: | Samarbejdspartners personlige underskrift:  Sted:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Underskrift:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dato: \_\_\_/\_\_\_\_2017 |
| 4. | Ansøgers forudsætninger for at gennemføre projektet: |  |
| 5. | Projektlederens uddannelse, baggrund, erfaring og kompetence |  |
| 6. | Der ansøges om i alt: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kr. (jævnfør budgetskemaer 3 og 4) |
| 7. | Projektets varighed: | Projektet forventes igangsat \_\_\_\_\_/\_\_\_\_ 2017  og afsluttet 30/6- 2021 |
| 8. | 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 fra  1.  2.  3. |
| 9. | Indgår der egenfinansiering i projektet: | Ja\_\_\_\_ Nej\_\_\_\_ |
| 10. | Hvis svaret er ja til spørgsmål 8 eller 9, hvad er da projektets samlede budget: |  |
| 11. | Tidligere bevilget støtte fra Sundhedsstyrelsen | Projekttitel/årstal/bevilget beløb:  1.  2.  3.  Osv. |