**Ansøgningsskema for projektet:**

**”Tværfagligt behandlingsforløb for patienter med diffuse persisterende symptomer på lavt stofskifte”**

|  |  |
| --- | --- |
| Frist for indsendelse af ansøgning:15. juni 2020 kl. 12.00 | Skemaet sendes til:E-mail: specialeplanlaegning@sst.dk  Mrk: Ansøgning til pulje vedr. tværfaglig behandling af patienter med diffuse symptomer – sagsnr. 05-9999-7 |

Ansøgningsskemaet indeholder:

* Skema 1: Ansøgningsskema til projektstøtte
* Skema 2: Projektbeskrivelsesskema
* Skema 3: Budgetskema for projektperioden
* Skema 4: Budget for hvert år

Inden skemaerne udfyldes, anbefales det at læse ” Vejledning til ansøgningsskema”

Vejledningen skal følges og alle rubrikker besvares så vidt muligt. For så vidt angår budgetskemaerne, skal de udfyldes så deltaljeret som muligt, men ikke alle udgiftsposter vil være relevante for alle, og skemaerne skal derfor kun udfyldes for de konkrete udgiftsposter, der planlægges afholdt i forbindelse med projektet.

Der anmodes om, at ansøgningen udfyldes kort og præcist. Skema 2 må max fylde 5 sider, udfyldt med skrifttype Verdana, str. 10.

**Skema 1: Ansøgningsskema til projektstøtte**

”Tværfagligt behandlingsforløb for patienter med diffuse persisterende symptomer på lavt stofskifte”

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Projektets titel: |  |
| 2. | Ansøger: |  |
| Adresse: |  |
| Navn og stillingsbetegnelse på projektleder(e): |  |
| Projektledernes uddannelse, baggrund, erfaring og kompetence: |  |
| Tlf.nr. på projektleder(ne): |  |
| E-mail på projektleder(ne): |  |
| Navn og stillingsbetegnelse på projektets juridisk ansvarlige person: |  |
| Tlf.nr. på projektets juridisk ansvarlige person: |  |
| E-mail på projektets juridisk ansvarlige person: |  |
| Underskrift ved projektets juridisk ansvarlige person: | Ansøgers personlige underskrift:  Sted: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Underskrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dato: \_\_\_/\_\_\_2020 |
| Oplysninger på kontaktperson, hvis forskellig fra projektlederne: |  |
| Projektets varighed: | Projektet forventes igangsat \_\_\_\_/\_\_\_\_2020  og afsluttet \_\_\_\_ /\_\_\_2023 |
| 3. | Der ansøges for hele projektperioden om: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kr. (jævnfør budgetskema) |
| 4. | Er der ansøgt eller bevilget økonomisk støtte fra anden side: | Ja \_\_\_ Nej \_\_\_  Der ansøgt om økonomisk støtte hos:  1.  2.  3.  Der er bevilget støtte fra, inklusiv beløbsangivelse:  1.  2.  3. |
| 5. | Indgår der egenfinansiering eller medfinansiering i projektet: | Ja \_\_\_ Nej \_\_\_ |
| 6. | Hvis svaret er ja til spørgsmål 4 eller spørgsmål 5, hvad er da projektets samlede budget for hele perioden: |  |

**Skema 2: Projektbeskrivelsesskema**

”Tværfagligt behandlingsforløb for patienter med diffuse persisterende symptomer på lavt stofskifte”

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | **Projektets titel:** |  |
| 2. | **Lokalisation**  Der angives en kort beskrivelse af de organisationer, som projektet forankres i |  |
| 3. | **Formål**  Beskriv det overordnede formål med projektet |  |
| 4. | **Målgruppe**  Det angives en uddybende beskrivelse af målgruppen |  |
| 5. | **Indsatser i projektet**  Konkrete indsatser i projektet angives herunder samarbejdet mellem den/de medicinske afdeling(-er) og det regionale center for funktionelle lidelser |  |
| 6. | **Nuværende tilbud**  De nuværende tilbud til patientgruppen beskrives |  |
| 7. | **Samarbejdspartnere**  Det angives, hvilke samarbejdspartnere der inddrages, fx relevante aktører i regioner (sygehus/ almen praksis) og hvordan samarbejdet vil foregå |  |
| 8. | **Projekts organisering og personalemæssige ressourcer**  Projekts organisering beskrives, herunder den ledelsesmæssige forankring.  Yderligere angives antal medarbejdere angivet i årsværk og sammensætningen af personale i projektet, herunder hvilke fagpersoner, som skal gennemføre indsatserne i projektet og hvilke der evt. er eksterne undervisere/ leverandører |  |
| 9. | **Kvalitet**  Det angives, hvordan den faglige og patientoplevede kvalitet i projektet sikres |  |
| 10. | **Succeskriterier og monitorering**  Det anføres, hvilke succeskriterier der opstilles for projektet. Succeskriterierne skal formuleres, så de kan dokumenteres og evalueres.  Det beskrives yderligere, hvordan man påtænker at monitorere projektet, herunder de opstillede succeskriterier |  |
| 11. | **Forankring**  Det angives, hvordan man planlægger, at projektet forankres efter projektperiodens afslutning |  |
| 12. | **Tids- og procesplan for projektet**  Der opstilles en detaljeret tidsplan for projektet (kan eventuelt vedlægges som bilag i skemaform) |  |

**Skema 3: Budget for hele projektperioden**

”Tværfagligt behandlingsforløb for patienter med diffuse persisterende symptomer på lavt stofskifte”

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Projektets titel |  | | | |
| 2. Regnskabsansvarlig | Navn: | | | |
| Tlf.nr.: | | | |
| E-mail: | | | |
|  | Aktivitetsom-fang/norme-ring/funktion | Timetal og sats | Beløb i kr. | Noter |
| 3. Aflønning/honorering ledelse i projektet |  |  |  |  |
| 4. Aflønning/honorering medarbejdere i projektet opdelt på faggrupper |  |  |  |  |
| 5. Etableringsomkostninger |  |  |  |  |
| 6. Uddannelse, workshops, kurser og lign. |  |  |  |  |
| 7. Aktiviteter, angiv hvilke |  |  |  |  |
| 8. Kvalitetssikring, dokumentation, evaluering  og formidling |  |  |  |  |
| 9. Administration, inkl. mødeaktivitet og transport |  |  |  |  |
| 10. Revision af regnskab ved projektafslutning |  |  |  |  |
| 11. Andet |  |  |  |  |
| 12. Evt. med/egenfinansiering |  |  |  |  |
| **ANSØGT BELØB I ALT** |  |  |  |  |

# 

**Skema 4: Budget for hvert år**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Projektets**  **titel:** |  | | | | | | | |
|  | **2020**  **(Angiv beløb i kr.)** | | **2021**  **(Angiv beløb i kr.)** | | **2022**  **(Angiv beløb i kr.)** | | **2023**  **(Angiv beløb i kr.)** | |
|  | Med/egen­finan­siering | Fra Sundhedsstyrelsen | Med/egen­finan­siering | Fra Sundhedsstyrelsen | Med/egen­finan­siering | Fra Sundhedsstyrelsen | Med/egen­finan­siering | Fra Sundhedsstyrelsen |
| **Ledelse i projektet** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Medarbejdere i projektet** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Etableringsomkostninger** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Uddannelse, kurser, workshops og lign.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Kvalitetssikring, dokumentation, evaluering og formidling** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Administration inkl. mødeaktivitet og transport** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Revision** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Andet** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I alt** |  |  |  |  |  |  |  |  |