|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Dato 07-06-2016  | KIGW |
| Sagsnr. 7-2815-2/8 | 93 59 01 69 |

 |  |

|  |
| --- |
| **Ansøgning om deltagelse i projekt****om styrket demensindsats i plejeboligen gennem Demensrejsehold** ANSØGNINGSSKEMA |

|  |  |
| --- | --- |
| **Frist for indsendelse af ansøgning**24. august 2016 kl. 12.00 | **Skemaet sendes til** [demensrh@sst.dk](https://mail.sst.dk/owa/redir.aspx?C=Q73p-JxPLUCi_yCS7nbrCg7_DokWy9JI7AuwLHgbjdkUrF1QgfxNTBJ_E2_rMrxSBFrMbcX_ltM.&URL=mailto%3ademensrh%40sst.dk)Mrk. Pulje 7-2815-2/8 KIGW |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ansøger:** |       [*Hovedansøger = Kommune*]  |
| Adresse: |       |
| Tlf. nr.: |       |
| E-mail: |       |
| Navn på chef for relevant forvaltning: |       |
| Tlf. nr.: |       |
| E-mail: |       |
| **Plejecenter:** |       [*Angiv navn på deltagende plejecenter* ] |
| Navn på leder af plejecenteret |       |
| Tlf. nr.: |       |
| E-mail: |       |
| **Plejecenter:** |       [*Angiv navn på deltagende plejecenter* ] |
| Navn på leder af plejecenteret |       |
| Tlf. nr.: |       |
| E-mail: |       |
| **Plejecenter:** |       [*Angiv navn på deltagende plejecenter* ] |
| Navn på leder af plejecenteret |       |
| Tlf. nr.: |       |
| E-mail: |       |
| **Plejecenter:** |       [*Angiv navn på deltagende plejecenter* ] |
| Navn på leder af plejecenteret |       |
| Tlf. nr.: |       |
| E-mail: |       |
| **Kontaktperson for projektet:** |       |
| Tlf. nr.: |       |
| E-mail: |       |
| **Chef for relevant forvaltnings personlige underskrift:**Sted:      Navn:      Underskrift:      Dato:      /      20      |
| **Plejecenterleders personlige underskrift:**Sted:      Navn:      Underskrift:      Dato:      /      20      |
| **Plejecenterleders personlige underskrift:**Sted:      Navn:      Underskrift:      Dato:      /      20      |
| **Plejecenterleders personlige underskrift:**Sted:      Navn:      Underskrift:      Dato:      /      20      |
| **Plejecenterleders personlige underskrift:**Sted:      Navn:      Underskrift:      Dato:      /      20      |
|  |  |
| Angiv projektkoordinator for demensrejseholdets aktiviteter |      *[Skriv her, hvilken medarbejder, der vil stå for projektkoordinatorrollen og vedkommendes kompetencer og viden ift. Demens]* |
| Der er følgende mulige tidspunkter til forløb med demensrejseholdet:    | 1. halvår 2017       [Angiv 1., 2. eller 3. prioritet]2. halvår 2017       [Angiv 1., 2. eller 3. prioritet]1. halvår 2018       [Angiv 1., 2. eller 3. prioritet] *[Angivelsen for prioritet af opstart er vejledende for planlægning af projektet. Der kan forekomme tilfælde, hvor ønsket prioritet ikke kan efterkommes.]*  |
| Angiv samlet antal af plejecentre i kommunen |       |
| Angiv samlet antal beboere på plejecentre i kommunen |       |
| Angiv den andel af plejecentre og beboere, som forventes at deltage i projektet  |      *[Angiv her en opgørelse over det samlede antal plejecentre i kommunen samt antal pladser; derudover ønskes der oplysninger om hvor mange plejecentre (og beboere) ønskes at være omfattet af projektet]* |
| **Kriterier ved udvælgelse af projektkommuner:**Følgende kriterier vægtes samlet med 50 pct.: |
| I hvilken grad kommunen har forventninger til projektets resultat og således kan beskrive kommunens motivation for deltagelse i projektet. |      *[Skriv her, hvorfor Kommunen er interesseret i at deltage i projektet, herunder hvilke udfordringer I oplever i forbindelse med pleje og omsorg af mennesker med demens eller demenslignende symptomer, og hvad I forventer at få ud af projektet]* |
| Hvordan sikres den ledelsesmæssige opbakning og forankring af indsatsen i projektet? |      *[Beskriv her hvordan I sikrer den ledelsesmæssige opbakning til projektet både centralt i kommunen og på de deltagende plejecentre, herunder hvorledes deltagelse i projektet er besluttet i samarbejde med relevant ledelse i kommunen samt ledelse på de involverede plejecentr. Desuden ønskes en beskrivelse af hvilken udstrækning de enkelte ledelsesniveauer involveres/informeres om kompetenceudvikling]* |

Følgende kriterier vægtes samlet med 50 pct.:

|  |  |
| --- | --- |
| Kort beskrivelse af de deltagende plejecentres erfaring med dokumentation og systematisk dataindsamling |      *[Beskriv her plejecentrenes erfaring med systematisk dataindsamling evt. fra deltagelse i tidligere projekter og nævn her, hvis der er evt. ressourcer i kommunen, der kan støtte op om dokumentation og dataindsamling]* |
| Kort beskrivelse af plejepersonalets kompetenceniveau ift. at yde pleje og omsorg til mennesker med demens eller demenslignende symptomer. |      [*Beskriv her plejemedarbejdernes kompetenceniveau ift. demens, angiv andel af medarbejdere, der har været på demenskursus, fx ABC-demens eller AMU grundkursus]* |
| Hvilken andel af kommunens plejecentre indgår i projektet |      [*Angiv her hvor stor andel af kommunens plejecentre vil indgå i projektet*] |