

Antrag auf Gewährung eines Zuschusses für die Unterstützung von ehrenamtlichen Hospizhelfern aus Mitteln der Bayerischen Stiftung Hospiz für das Jahr 2024 1 Euro Förderung

**Bitte beachten: Antragstellung nur bis zum 30.06.2024 (Eingang bei der Stiftung) möglich.
Bitte reichen Sie den Antrag per Mail ein.**

- Anlagen: Übersicht der geleisteten Helferstunden
 Projektbeschreibung

I.	Allgemeine Angaben	Zutreffendes bitte ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/> oder ausfüllen																									
	Antragsteller (Name, Vorname)																										
	Straße, Hausnummer																										
	PLZ, Ort																										
	E-Mailadresse	Telefonnummer																									
	Bankverbindung (Geldinstitut)																										
	IBAN <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 4%;"> </td><td style="width: 4%;"> </td><td style="width: 4%;"> </td><td style="width: 4%;"> </td><td style="width: 4%;"> </td> <td style="width: 4%;"> </td><td style="width: 4%;"> </td><td style="width: 4%;"> </td><td style="width: 4%;"> </td><td style="width: 4%;"> </td> <td style="width: 4%;"> </td><td style="width: 4%;"> </td><td style="width: 4%;"> </td><td style="width: 4%;"> </td><td style="width: 4%;"> </td> <td style="width: 4%;"> </td><td style="width: 4%;"> </td><td style="width: 4%;"> </td><td style="width: 4%;"> </td><td style="width: 4%;"> </td> <td style="width: 4%;"> </td><td style="width: 4%;"> </td><td style="width: 4%;"> </td><td style="width: 4%;"> </td><td style="width: 4%;"> </td> </tr> </table>																										
	Rechtsgeschäftlich verantwortlich (Name, Vorname)																										
	Funktion	Telefonnummer																									
	Ansprechpartner (Name, Vorname)																										
	E-Mailadresse	Telefonnummer																									
	Faxnummer																										
	Projektbeschreibung ↻ (Kurzbeschreibung ggf. auf ein Beiblatt) ↻																										
	<div style="border: 1px dotted #ccc; height: 400px;"></div>																										

II. Fördervoraussetzungen

Eine Förderung nach § 39a Abs. 2 SGB V erfolgt.

ja nein

Die Voraussetzungen für eine Förderung nach § 39a Abs. 2 SGB V liegen vor, eine Förderung wird aber nicht beantragt.

ja nein

Von 7 fachlich fortgebildeten freiwilligen Helfer/innen wurden im Vorjahr mindestens 600 Stunden Hospizarbeit geleistet.

ja nein

Den freiwilligen Helfer/innen werden Aufwendungen für Vorsorgemaßnahmen bzw. Auslagen erstattet.

ja nein

Die freiwilligen Helfer/innen werden fachlich angeleitet und fortgebildet. Sie können Supervisionen/Praxisbegleitung erhalten.

ja nein

Eine Zusammenarbeit mit Diensten und Einrichtungen zur Versorgung Schwerstkranker, Sterbender erfolgt.

ja nein

Die freiwilligen Helfer/innen sind bei einem Leistungsempfänger oder einem ambulanten sozialpflegerischen Dienst für die Bereiche Betreuung, Pflege, hauswirtschaftliche Hilfen festangestellt.

ja nein

Die in der Hospizarbeit eingesetzten freiwilligen Helfer/innen wurden entsprechend den Vergabegrundsätzen der Bayerischen Stiftung Hospiz fortgebildet und haben die im Antrag angegebenen Stunden abgeleistet.

ja nein

Fördermittel des Freistaates Bayern oder einer anderen Institution werden für den gleichen Leistungszweck beantragt.

ja nein

Die Mittel der „1 Euro Förderung“ 2024 werden überwiegend verwendet für ➡ (mehrere Möglichkeiten sind denkbar) ⬅

Fahrtkostensatz

Fortbildung

Supervisionen

ehrenamtlicher Hospizhelfer/innen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für diesen Antrag gespeichert werden. Ich habe den Hinweis zum Datenschutz erhalten.

Hinweis: Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann verweigert bzw. jederzeit widerrufen werden. In diesem Fall müssen Sie damit rechnen, dass der Antrag abgelehnt werden kann.

Datum _____

Unterschrift _____