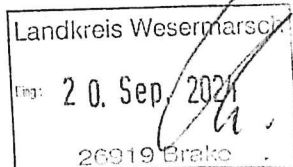


Landkreis Wesermarsch  
Fachdienst Gesundheit  
Rönnelstraße 10  
26919 Brake

z.H. Herrn Blohm



### Palliativstützpunkt

Palliativ Netzwerk Wesermarsch e.V.  
An der Weinkaje 4, 26931 Elsfleth

Telefon 04404- 9875222

Fax: 04404- 9875221

E-Mail

info@palliativnetzwerk-wesermarsch.de

Elsfleth, den 20.09.2024

### Antrag zur Förderung der Koordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken gemäß §39 d SGB V Niedersachsen für das Jahr 2024

Sehr geehrter Herr Blohm,

Das Palliativnetzwerk Wesermarsch e.V. beantragt die Förderung der Koordination von Aktivitäten im regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerken für die Wesermarsch für das Jahr 2024.

Die Arbeit innerhalb des regionalen Netzwerkes verläuft weiterhin sehr gut und soll weiter intensiviert werden, um einen größtmöglichen Erfolg in der interdisziplinären Zusammenarbeit zu ermöglichen.

Dieser Antrag geht auch zur IKK Classic z.H. Frau Griese

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'B. Heckenberg'.

Birgitt Heckenberg  
stellv. Vorsitzende

Vorsitzender: Alexander Jüptner  
IK.Nr. 500 346 358

Bankverbindung  
Oldenburgische Landesbank  
IBAN: DE36 2802 0050 9902 2345 00  
BIC: OLBODEH2XXX

**Förderung der Koordination von Aktivitäten in regionalen Hospiz-  
und Palliativnetzwerken durch eine Netzwerkkoordinatorin/einen  
Netzwerkkoordinator in Niedersachsen**

**gemäß § 39 d SGB V  
für das Förderjahr 20XX 2025**

**IKK classic  
Landesvertragspolitik Mitte-Ost  
Postfach 51 03 06  
30633 Hannover**

**Antragsfrist:**

**bis 30. September des Vorjahres 2024**

Die folgenden Angaben werden für die ordnungsgemäße Bearbeitung Ihres Antrages auf Förderung nach § 39 d SGB V benötigt.

Bitte beachten Sie, dass nur vollständig ausgefüllte, unterschriebene und fristgerecht eingereichte Anträge für die Förderung berücksichtigt werden können. Änderungen im Antragsvordruck durch den Antragsteller sind nicht zulässig.

Eine fehlende Mitwirkung kann zur Ablehnung Ihres Antrages führen.

I. Angaben zum Antragsteller

Registriernummer

Name des Hospiz- und Palliativnetzwerkes (HPNW):

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ Ort):

Palliativ Netzwerk Wesermarsch e.V.  
An der Weinkaje 4 26931 Elsfleth  
Tel. 04404- 9875 222 Fax. 04404- 9875 221  
IK 500 34 63 58  
info@palliativnetzwerk-wesermarsch.de

Telefon: .....

Fax:

E-Mail: .....

Internetseite:

Zugehörigkeit zu dem Landkreis/ kreisfreie Stadt:

Wesermarsch

beantragter Förderzeitraum:

von 01.01.25 bis 31.12.25

Kontakt Daten der Netzwerkkoordinatorin/des Netzwerkkoordinators:

Name: Birgit Beerhons

Telefon: 0162-8709481

Fax: 04404 - 9875 - 221

E-Mail:

info@palliativnetzwerk-wesermarsch.de

Bankverbindung

Für die Überweisung der Fördermittel ist die Angabe eines eigens für das Netzwerk eingerichteten Kontos notwendig.

Name des Kontoinhabers: Palliativ Netzwerk Wesermarsch

Anschrift des Kontoinhabers: An der Weinkaje 4, 26931 Elsfleth

Name der Bank: OLB

IBAN (22-stellig): DE 36 2802 0050 9902 2345 00

Kostenstelle des HPNW:

Stellenanteil der Netzwerkkoordinatorin/des Netzwerkkoordinators

für die Netzwerkkoordination: 8 Std. / Wo

VZÄ

Werden von der Netzwerkkoordinatorin /dem Netzwerkkoordinator zusätzliche Aufgaben für einen Netzwerkpartner wahrgenommen?

ja

nein

Wenn ja, in welchem Umfang? 20 Std. / Wo

**II. Angaben zum HPNW:**

Seit wann besteht das HPNW? 1.01. 2023

Förderbestätigung des Landkreises /der kreisfreien Stadt

Liegt für die beantragte Förderlaufzeit vor

ja       nein      *beantragt*

Wurde im Vorjahr ein Förderantrag gestellt?

ja       nein

**III. Projekt-Finanzierungsplan für die Netzwerkkoordination durch die Netzwerkkoordinatorin/den Netzwerkkoordinator für das Förderjahr 202X**

**1. Personalausgaben**

1.1 Stellenanteil der Netzwerkkoordinatorin/des Netzwerkkoordinators für die Netzwerkkoordination im Förderjahr	8 Std./Wo VZA
1.2 Tarifliche Eingruppierung (bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> ja/ <input checked="" type="checkbox"/> nein
1.3 Wenn ja, bitte angeben welches Tarifwerk Entgeltgruppe /Erfahrungsstufe	9.600 €
1.4 Sozialabgaben	2.290 €
<b>Personalausgaben (gesamt)</b>	<b>11.890 €</b>

**2. Sachausgaben (Einzelpositionen sind inhaltlich in einer Anlage weiter auszuführen)**

2.1 Reisekosten der Netzwerkkoordinatorin	300 €
2.2. Aufwendung zur Fortbildung des Netzwerkkoordinators	€
2.3 (anteilige) Mietkosten	913 €
2.4. (anteilige) Mietnebenkosten, inkl. Energie- und Reinigungskosten	€
2.4 Aufwendungen für Büro- und Geschäftsbedarf/ Telekommunikation	60 €
2.5 Post- und Telekommunikationsgebühren	€
2.6. Sonstige Aufwendungen:	192 €
• Fachverband anteilig	206 €
• Haftpflichtversicherung	50 €
• BG anteilig	151 €
<b>Sachausgaben (gesamt)</b>	<b>1872 €</b>
<b>Personal- und Sachausgaben (gesamt)</b>	<b>13762 €</b>

### 3. Finanzierung des Netzwerkes bezogen auf die Gesamtausgaben

Finanzielle Mittel anderer Stellen (z.B. kommunale Fördermittel/ Spenden)	€
• Eigenmittel	€
• Förderbetrag der Kommune (beantragt)	7000 €
• Zuwendungen Dritter (z.B. aus Stiftungen, Spenden etc.)	€
• Sonstige Mittel (ggf. Übertrag aus Vorjahr)	€
<b>Gesamteinnahmen des Netzwerkes: (ohne beantragte GKV- Fördermittel)</b>	<b>7000 €</b>

Es wird eine Förderung beantragt in Höhe von	7000 €
--	--------

Dem Antrag sind folgende Anlagen beigefügt:

- Förderbestätigung des Kreises/ der kreisfreien Stadt mit Angabe des zugesagten Förderbetrages und des Förderzeitraumes (gem. § 3 Abs. 10 der Förderrichtlinie § 39d SGB V) *beantragt*
- Schriftliche Kooperationsvereinbarung der am Netzwerk beteiligten Akteurinnen und Akteure (gem. § 3 Abs. 6 der Förderrichtlinie § 39d SGB V) *liegt vor*
- Konzept für das Netzwerk (gem. § 3 Abs. 7 der Förderrichtlinie § 39d SGB V) *liegt vor*
- Ergänzende Angaben zum Ausgaben- und Finanzierungsplan  
oder besser: Finanzierungsplan für die Netzwerkkoordination (gem. § 3 Abs. 9 der Förderrichtlinie § 39d SGB V)

#### 4. Erklärung

Der Antragstellende erklärt, dass:

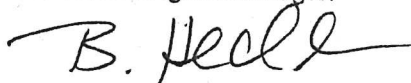
- bei Erhalt der Förderung die Gesamtfinanzierung des Vorhabens für das beantragte Haushaltsjahr gesichert ist.
- die Netzwerkkoordination nicht mit kommerziellen Interessen wie der Vermarktung von Fort- und Weiterbildung oder der Bewerbung von Leistungen und Produkten verknüpft werden soll
- die Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit eingehalten werden.
- bei nicht tarifgebundenen Einrichtungen keine Besserstellung (Basis: Tarifvertrag TVÖD VKA in der aktuell gültigen Fassung) bei den beantragten Personalkosten erfolgen wird.
- keine Doppelförderung/ -finanzierung der beantragten Kostenpositionen stattfindet
- mit dem Netzwerk keine Doppelstrukturen geschaffen werden sollen,
- die Fördermittel nur zur Deckung der Kosten verwendet werden, die im Bewilligungszeitraum entstehen.
- er sich bereit erklärt, nicht verwendete oder nicht zulässig verwendete Mittel an die fördernde Stelle zurückzuzahlen, sofern diese nicht in das nächste Jahr übertragen werden. Dazu ist der fördernden Stelle – bei vorliegender Bewilligung- bis zum im Bewilligungsschreiben genannten Termin ein entsprechender Verwendungsnachweis für das vorangegangene Kalenderjahr vorzulegen.

Weiterhin erklären wir, dass die Angaben im Förderantrag richtig und vollständig sind und wir stellvertretend für das Hospiz- und Palliativnetzwerk die Fördermittel in Empfang nehmen. Wir sind für die ordnungsgemäße Verwendung des Geldes sowie die Ausstellung eines entsprechenden Verwendungsnachweises verantwortlich.

Ort, Datum

Elsfleth, den 20.9.2024

Unterschrift  
1. Vertretungsberechtigter



Unterschrift  
ggf. 2. Vertretungsberechtigter