Ansøgning om aktivitetstilskud: Sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse 2024 (1-årige projekter)

Ansøger:

Projekttitel:

**Indsatsområde (sæt ét kryds):**

Alkohol

Fysisk aktivitet

Mental sundhed

Monitorering

Tobak

Tværkommunale netværk

**Dato:**

**OBS! Dette skema benyttes kun til 1-årige projekter, der afsluttes senest den 31. december 2024**

Ansøgningsskemaet indeholder 4 delskemaer:

Skema 1: Generelle oplysninger om projektet

Skema 2: Beskrivelse af projektet

Skema 3: Budget for hele projektperioden

Skema 4: Budget for hvert år projektet løber

**Ansøgningen sendes underskrevet til** [**fob@sst.dk**](mailto:fob@sst.dk)**, som en samlet PDF-fil. Desuden bedes medsendt en version i word-format (denne version behøver ikke være underskrevet).**

**Bilagsmængden bør begrænses, og bilag, udover obligatoriske bilag, kan ikke forventes at blive inddraget i den endelige vurdering og afgørelse. Bilag sendes i en separat samlet PDF-fil.**

**Vejledningen skal følges og alle rubrikker besvares (med mindre andet er angivet).**

Bilag:

|  |  |
| --- | --- |
| **Bilagsnumre og -titler noteres her:** |  |

**Skema 1**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ansøgningsskema sendes til elektronisk til:**  fob@sst.dk | **Ansøgningsfrist er onsdag d. 8. november 2023 kl. 12** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Projektets titel: |  |
| 2. | Ansøger (Organisationsnavn og CVR-nummer): |  |
| Adresse og postnummer/by: |  |
| Navn på projektleder (er også kontaktperson): |  |
| Stillingsbetegnelse: |  |
| Tlf. nr.: |  |
| E-mail (projektleder): |  |
| Navn på projektets juridisk ansvarlige person: |  |
| Stillingsbetegnelse: |  |
| Tlf.nr.:  E-mail: |  |
|  | Underskrift fra juridisk ansvarlig:  Sted: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Underskrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dato: \_\_\_/\_\_\_ 2023 |
|  | Organisationens regnskabsmæssige  kontaktperson  Navn, adresse, tlf. nr. og e-mail |  |
|  | Revisor  Navn, adresse, tlf.nr. |  |
| 3. | Ved samarbejdsprojekt/partnerskab  Ansvarlig kontaktperson: |  |
| 4. | Ansøgers forudsætninger for at gennemføre projektet: |  |
| 5. | Projektlederens/ansvarliges uddannelse, baggrund, erfaring og kompetence: |  |
| 6. | Der ansøges om i alt: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kr. (jævnfør budgetskema) |
| 7. | Projektets varighed: | Projektet forventes igangsat \_\_\_\_/\_\_\_\_ 2024  Afslutningstidspunkt: \_\_\_\_/\_\_\_\_ 2024 |
| 8. | Er der ansøgt eller bevilget økonomisk støtte fra anden side til den ansøgte indsats? | Ja \_\_\_ Nej \_\_\_  Der er 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\_\_ Beløb: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kr. |
| 10. | Hvis svaret er ja til spørgsmål 8 eller 9, hvad er da projektets samlede budget: | Beløb: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kr. |
| 11. | Har organisationen fået bevilget støtte fra Sundhedsstyrelsen i de seneste 5 år. | Projekttitel/årstal/bevilget beløb:  1.  2.  3.  Osv. |
| 12. | Betingelser for støtte  De samlede betingelser er beskrevet i vejledningen til ansøgningsskemaet | **Sæt et kryds for hvert spørgsmål:**  Organisationen/ foreningen har bestået mere end 2 år (afsluttet regnskab): Ja \_\_\_ Nej \_\_\_  Omsætningen er på mindst 25.000 kr. i senest afsluttede regnskab: Ja \_\_\_ Nej \_\_\_  Det fremgår af vedtægterne, at organisationen/foreningen er landsdækkende eller har et landsdækkende sigte: Ja \_\_\_ Nej \_\_\_  Organisationen/foreningen har aktiviteter i mindst 3 af 5 regioner:  Ja \_\_\_ Nej \_\_\_  Organisationen/foreningen er hjemmehørende i Danmark:  Ja \_\_\_ Nej \_\_\_  Organisationen/foreningen har en juridisk ansvarlig person:  Ja \_\_\_ Nej \_\_\_  Det fremgår af vedtægterne, at organisationen/foreningen har et sundhedsfremmende eller forebyggende formål og/eller organisationen/foreningen følger Sundhedsstyrelsen anbefalinger og udmeldinger i sine generelle aktiviteter: Ja \_\_\_ Nej \_\_\_  Indsæt link(s) til organisationen/foreningens seneste to års afsluttede regnskaber, samt foreningens vedtægter eller evt. øvrige dokumenter, der kan bevise at ovenstående kriterier er opfyldt:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Skema 2**

Udfyldes for hver enkelt ansøgt selvstændig aktivitet/projekt/indsats

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Organisation:  Projekttitel:  + evt. aktivitetstitel  Prioriteret indsatsområde: |  |
| 2. | Vision med projektet/aktiviteten (max fem linjer) |  |
| 3. | Mål for 2024 |  |
| 4. | Delmål for 2024 |  |
| 5. | Målgruppe(r) |  |
| 6. | Forventet antal deltagere (fx borgere, institutioner) i indsatsen |  |
| 7. | Delaktiviteter 2024 |  |
| 8. | Detaljeret tidsplan 2024 |  |
| 9. | Risici for manglende  målopfyldelse, og hvordan forventes imødegået |  |
| 10. | Økonomiske- og personalemæssige (og evt. frivillige) ressourcer |  |
| 11. | Antal regioner projektet foregår i (hvilke?) |  |
| 12. | Kort beskrivelse af samarbejde (rolle/involvering af samarbejdspartnere)  Jf. pkt. 3 i skema 1:  Udfyldes kun ved samarbejdsprojekt. Vedlæg interessetilkendegivelse eller samarbejdsaftale. |  |
| 13. | Plan for forankring og drift efter endt projektperiode |  |
| 14. | Andet? |  |

**Budgetskema (skema 3)**

Ansøger skal benytte Sundhedsstyrelsens budgetskema 3 og 4. Begge skemaer skal udfyldes. Skema 3 skal udfyldes detaljeret, og der er ingen sidebegrænsning på dette skema. Husk at markere både ansøgt beløb og egenfinansiering i både skema 3 og skema 4.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Projektets titel: |  | | | |
| 2. Regnskabsansvarlig: | Navn: | | | |
| Tlf.nr.: | | | |
| E-mail: | | | |
| 3. Revisor: |  | | | |
|  | Type(r) | Timetal og  -sats | Beløb i kr. | Noter (uddybende beskrivelse) |
| 4. Projektledelse/-deltagelse (fordel på indsatser) |  |  |  |  |
| 5. Uddannelse, kurser, konferencer og lign.: |  |  |  |  |
| 6. Materialer og/eller konkrete værktøjer/metode: |  |  |  |  |
| 7. Rejser og transport inkl. opholdsudgifter: |  |  |  |  |
| 8. Serviceydelser, herunder konsulentbistand mv. |  |  |  |  |
| 9. Administration, revision, (skal specificeres). |  |  |  |  |
| 10. Andet (skal specificeres) |  |  |  |  |
| **11. ANSØGT BELØB I ALT:** |  |  |  |  |

**Budgetskema (skema 4)**

Ansøger skal benytte Sundhedsstyrelsens budgetskema 3 og 4. Begge skemaer skal udfyldes. Skema 3 skal udfyldes detaljeret, og der er ingen sidebegrænsning på dette skema. Husk at markere både ansøgt beløb og egenfinansiering i både skema 3 og skema 4.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Projektets titel:** |  | |
|  | Beløb 2024 | |
|  | Fra Sundhedsstyrelsen | Egenfinansiering |
| Projektledelse |  |  |
| Uddannelse, kurser, konferencer og lign. |  |  |
| Materialer og/eller konkrete værktøjer/metode |  |  |
| Rejser og transport |  |  |
| Serviceydelser, herunder fx konsulentbistand mv. |  |  |
| Administration, revision |  |  |
| Andet |  |  |
| **I alt** |  |  |