**Ansøgningsskema for pulje:**

**Puljen ” Tilskud til aktiviteter på demensområdet”**

|  |  |
| --- | --- |
| **Sundhedsstyrelsen skal modtage ansøgningen senest****mandag den 21. september 2020, kl. 12.00** | **Ansøgningen sendes til****aedpulje@sst.dk - mrk. ”Tilskud til aktiviteter på demensområdet” [indsæt ansøgers navn]****Husk at underskrive ansøgningen**  |

**Ansøgningen skal sendes som én samlet PDF-fil. Ansøgningen skrives med skriften Arial, størrelse 10.**

**Alle skemaer og alle felter skal udfyldes. Skema 2: Beskrivelse af projektet må maksimalt fylde 3 sider.**

Ansøgningsskemaet indeholder 3 delskemaer:

Skema 1: Generelle oplysninger

Skema 2: Beskrivelse af projektet

Skema 3: Budget for projektperioden

Hvis ansøger vedlægger bilag, skrives titel på bilag her:

**Alle skemaer og alle felter skal udfyldes.**

**Vejledning fremgår af de enkelte felter (vejledningsteksten skal fjernes når ansøgningen ud**

**fyldes).**

**OBS: Vi har kun den viden om jeres projekt, som står i ansøgningen. Vær opmærksom på, at beskrivelserne er korte, præcise og dækker det, I vil have ansøgningen vurderet på.**

**Skema 1: Generelle oplysninger**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | **Projektets titel:** |  |
| 2.  | **Navn på ansøger:** | *(Skriv navn på forening/organisation)* |
| Ansøgers adresse:Ansøgers CVR-nummer: |  |
| Kontaktperson hos ansøger **(***Information fra Sundhedsstyrelsen sendes til den angivne kontaktperson)*:Navn: |  |
| Funktion: |  |
| Tlf. nr.:  |  |
| E-mail: |  |
| **Juridisk ansvarlige person**:Navn: | (*Den juridiske ansvarlige person, er den/de personer, som ifølge vedtægterne kan indgå (økonomiske) aftaler på foreningens vegne.)* |
| Funktion:  |  |
| Tlf.nr.:E-mail: |  |
|  | Personlig underskrift (Juridisk ansvarlige):Sted: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Underskrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dato: \_\_\_/\_\_\_2020 |
| 3.  | Projektets varighed: | *(Projektet skal senest afsluttes 30.04.2021)*Projektet forventes igangsat \_\_\_\_/\_\_\_\_ 2020 og afsluttet \_\_\_\_/\_\_\_\_/ |
| 4.  | Der ansøges om i alt: | *Beløbet skal stemme overens med budgetskema 3. Sundhedsstyrelsens budgetskema skal anvendes.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kr.  |

**Skema 2: Beskrivelse af projektet (må fylde max 3 sider)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Hvem er omfattet af aktiviteten mv.:  | Sæt gerne flere krydser:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Pårørende til borgere med demens i eget hjem |
|  | Borgere med demens, samboende med pårørende i eget hjem |
|  | Pårørende til borgere med demens på plejehjem eller plejecenter |
|  | Borgere med demens på plejehjem eller plejecenter |

 |
| 2.  | Antal pårørende og antal mennesker med demens, der i alt forventes at indgå i projektet:  | *Beskriv hvor mange pårørende og hvor mange mennesker med demens, som I forventer, der i alt vil indgå i projektet.* |
| 3. | Målgruppens behov og ønsker:  | *Beskriv kort hvordan målgruppens behov og ønsker for sociale og fysiske aktiviteter og/eller brug af aktiverende og aflastende teknologier/udstyr er undersøgt, fx ved at kontakte et pårørende netværk, demenskoordinater eller plejecenter.*  |
| 4. | **Projektets indhold:** 1. Deltagere i aktivteten:
 | *Oplys deltagerkreds og forventede antal deltagere for hver aktivitet: 1) pårørende til mennesker med demens i eget hjem, 2) mennesker med demens i eget hjem, 3) pårørende til mennesker med demens i plejebolig, 4) mennesker med demens i plejebolig.* |
| 1. Hvilke sociale og/eller fysiske aktiviteter planlægges arrangeret?:

  | *Beskriv kort indholdet af de sociale og/eller fysiske aktiviteter, der planlægges, herunder evt. aktiviteter, som først kan iværksættes efter yderligere genåbning af samfundet.*  |
| 1. Hvor skal aktivteten foregå?:
 | *Beskrives for hver aktivitet: F.eks.* *i eller uden for eget hjem eller plejecenter.* |
| 1. Beskriv hvordan aktiviteterne gennemføres?:
 | *Beskriv kort, hvordan aktiviteten planlægges at foregå?* |
|  | *Beskriv overordnet hvordan der tages højde for de til enhver tid gældende sundhedsmæssige retningslinjer?* |
| 1. Beskriv hvilke aktiverende og aflastende teknologier/udstyr, der evt. anvendes, og hvordan I forventer, at målgruppen hjælpes med brugen:
 | *Det er ikke et krav, at der anvendes aktiverende og aflastende teknologier/udstyr i projektet. Hvis der anvendes teknologier/udstyr, beskriv da kort hvilke teknologier der anvendes, og hvordan ansøger forventer at målgruppen hjælpes med bruge dem.* |
| 1. Tidsplan for projektet:
 | *Beskriv en overordnet tidsplan for hele projektet. Tidsplanen skal beskrive den planlagte og forventede gennemførelse af de enkelte aktiviteter.* |
| 5. | Hvordan understøtter projektet puljens formål? | *Beskriv kort hvordan I forventer, at projektets aktiviteter og teknologier/udstyr understøtter, at pårørende til mennesker med demens aflastes?*  |
|  6. | Hensyn funktionsniveauet hos den enkelte borger med demens: | *Beskriv kort, hvordan I planlægger at tage hensyn til funktionsniveauet hos hver deltagende borger med demens, når aktiviteterne gennemføres og/eller ved brug af teknologier/udstyr.* |
| 7. | 1. Evt. samarbejde med plejecenter og/eller demenskoordinator:
 | *Hvis der er indgået samarbejde med plejecenter og/eller demenskoordinator, beskrives samarbejdet og deres rolle i projektet.* *Vedlæg en hensigtserklæring fra plejecenteret/demenskoordinatoren hvor de oplyser, at de gerne vil bidrage til projektet som beskrevet i ansøgningen.* *Hvis flere ansøgere ønsker et samarbejde med samme plejecenter, vil ansøgere, der har sandsynliggjort et samarbejde, fx ved at vedlægge en hensigtserklæring som bilag til ansøgningen, blive foretrukket.*  |
| 1. Evt. kommunenavn for demenskoordinator, ansøger ønsker at samarbejde med:
 | *Skriv kommunens navn.* |
| 1. Evt. navn på plejecenter, hvor ansøger ønsker at stille sit projekt til rådighed:
 | *Skriv navn på plejecenter.* |
| 8.  | Opsporing af deltagere til projektet: | *Beskriv kort, hvordan I planlægger at finde mennesker med demens og deres pårørende, som vil deltage i projektet.* |
| 9. | Kendskab til demensområdet: | *Beskriv kort kendskab til demensområdet hos 1) ansøger og 2) personer, som skal gennemføre aktiviteter / indkøbe teknologier eller redskaber og/eller 3) hvordan dette kendskab kan sikres inden projektstart.* |
| 10.  | Hvis der indkøbes teknologi/udstyr, beskrives hvordan brugen vil kunne fortsætte efter puljens ophør: | *Beskriv kort hvordan de indkøbte teknologier/udstyr vil kunne anvendes i regi af foreningen/organisationen, fx om andre inden for puljens målgruppe vil kunne få gavn af det indkøbte.* |

**Skema 3: Budgetskema**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Projektets titel: |  |  |
| 2. Ansøger: |  |  |
| 3. Regnskabsansvarlig: |  | Navn: |
|  | Funktion: |
|  | Tlf.nr.: |
|  | E-mail: |
| 4. Revisor: |  |  |
|  | Type(r) | Timetal og sats eller antal og stk. pris | Samlet beløb i kr. | Noter (udfyldende beskrivelse) |
| **Udgifter** |  |  |  |  |  |
| 5. Lønudgifter *(Til allerede ansat koordinator og kun i begrænset omfang)*:  |  |  |  |  |
| 6. Gennemførelse af sociale og/fysiske aktiviteter:*Beskriv i feltet ”Noter” hvad udgifterne dækker, fx entré, forplejning, pårørendemiddage med deltagelse af mennesker med demens.* |  |  |  |  |
| 7. Indkøb af teknologier/udstyr til projektets gennemførelse: *Beskriv i feltet ”Noter” hvilke teknologier/udstyr, der er tale om:**(f eks. digitale løsninger som tablets, iPads og apps og anden aktiverende teknologi samt udstyr fx rickshaw).* |  |  |  |  |
| 8. Udvikling og formidling af relevante informationsmaterialer til målgruppen:*Beskriv i feltet ”Noter” hvilke materialer, der er tale om,* *(f.eks. vejledninger til brug af digitale løsninger).* |  |  |  |  |
| 9. Relevant kompetenceløft på demensområdet *Beskriv indholdet i kompetenceløftet i feltet ”Noter”. (kan kun søges i nødvendigt og begrænset omfang).* |  |  |  |  |
| 10. Andre definerede udgifter, som ligger inden for puljens formål (se puljeopslaget side X)?:*Beskriv i feltet ”Noter” hvad udgifterne skal anvendes til.*  |  |  |  |  |
| 11. Transportudgifter:*(Støttes kun med udgifter efter statens laveste kilometertakst (1,96 kr. pr. km).*  |  |  |  |  |
| 12. Revision af projektets regnskab:*(revision af støtte under på 500.000 kr. kan ske uden ekstern revisor).* |  |  |  |  |
| **Samlet budget** |  |  |  |  |