|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Landesverbände**  **der Krankenkassen in Nordrhein** | AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse  BKK-Landesverband NORDWEST  IKK classic  Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau  als Landwirtschaftliche Krankenkasse  KNAPPSCHAFT  Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) | |
|  | |  |
| **Bitte zurücksenden an:** | |  |
|  | |  |
| Landesverbände der Krankenkassen in Nordrhein | | **Wichtig!**  Eingang beim Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) –  **E-Mail: hospizfoerderung.nrw@vdek.com**  spätestens **am 31.03.2024** |
| c/o Verband der Ersatzkassen e.V.(vdek) | |
| Landesvertretung Nordrhein-Westfalen | |
|  | |  |
|  | |  |

# **Antrag auf Förderung nach § 39 a Abs. 2 SGB V**

**für das Jahr 2024**

|  |  |
| --- | --- |
| Beantragt wird der **Zuschuss** zu den nicht  refinanzierten Gesamtkosten im Jahre 2023  (beantragte Fördersumme) | **EUR** |
| (gleicher Betrag wie Angabe unter B g.) | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A. Allgemeine Angaben, die den Landesverbänden der Krankenkassen in Nordrhein zur Veröffentlichung zur Verfügung stehen** | | |
|  | | |
| Name des ambulanten Hospiz-dienstes |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Institutionskennzeichen (IK**) |  |  |
|  |  |  |
| Straße |  |  |
|  |  |  |
| PLZ/Ort |  |  |
|  |  |  |
| Tel.-Nr. |  |  |
|  |  |  |
| Mobil-Nr. |  |  |
|  |  |  |
| Telefax-Nr. |  |  |
|  |  |  |
| E-Mail-Adresse |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bankverbindung **(nur angeben,** | | | | | BIC: | |  | | | | | | | | | |
| **wenn kein IK vorhanden ist)** | | | | |  |  | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | IBAN: | |  | | | | | | | | | |
| Träger des ambulanten Hospizdienstes | | | | | | | |  | | |  | | | | | |
| bzw. beratender Verband/Organisation | | | | | | | |  | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | |  |  | | | | | | | |
| Der ambulante Hospizdienst besteht seit | | | | | | | |  |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | |  | | | | | |
| Sterbebegleitungen werden geleistet seit | | | | | | | |  | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | |  | | | | | |
| Ansprechpartner für Rückfragen | | | | | | | |  | | |  | | | | | |
| zum Förderantrag (inkl. Tel.-Nr.) | | | | | | | |  | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | |  | | | | | |
| **Namen ,Beschäftigungszeitraum und -umfang der fest angestellten fachlich  verantwortlichen Fachkräfte** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | Name, Vorname Beschäftigungszeitraum | Beschäftigungsumfang  (Vollzeitbeschäftigung =  1 oder 100% bzw. Angabe  der Wochenstunden) | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  |  | |
| **B. Angaben zur Berechnung des Förderbetrages** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Anzahl** der am 31.12.2023 qualifizierten, einsatzbereiten Ehrenamtlichen: | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | Die Koordinationskraft hat geprüft, dass die Ehrenamtlichen am 31.12.2023 tatsächlich zur Verfügung standen. | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | **Nach § 5 Abs. 7 der Rahmenvereinbarung ist die Anzahl der einsatzbereiten  Ehrenamtlichen und deren Teilnahme an einer Erstqualifizierung nachzuweisen.** Hierfür kann das Muster nach Anlage 2 der Rahmenvereinbarung genutzt werden. Auf Anforderung ist der Nachweis über die Teilnahme an der Erstqualifizierung vorzulegen. | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.** | **Gesamtanzahl** der förderfähigen Sterbebegleitungenim Jahre 2023 für  Erwachsene \_\_     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Kinder\_\_     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Die Gesamtzahl der geleisteten Sterbebegleitungen ist differenziert nach Kassenarten mit der Anlage 8 anzugeben.  Den einzelnen Krankenkassen ist die Anlage 5 **bis zum 31.03.2024** zur Verfügung zu stellen.  Es wurden Sterbebegleitungen erbracht:   * für Versicherte in deren Haushalt oder Familie   Erwachsener Kind Erwachsener Kind   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | PKV\*  (Versicherte der privaten  Krankenversicherung) |  | GKV  (Versicherte der gesetzlichen  Krankenversicherung) | | | | | | | | | | | | | | |
|  | * für Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen   Erwachsener Kind Erwachsener Kind | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | PKV\*  (Versicherte der privaten  Krankenversicherung) | | | |  | | | | | | | GKV  (Versicherte der gesetzlichen  Krankenversicherung) | | |
|  | * für Versicherte in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung oder der Kinder- und Jugendhilfe   Erwachsener Kind Erwachsener Kind | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | PKV\*  (Versicherte der privaten  Krankenversicherung) | | | |  | | | | | | | GKV  (Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung) | | |
|  | * für Versicherte in Krankenhäusern im Auftrag des jeweiligen Krankenhausträgers. Auf Anforderung ist hierüber der Nachweis vorzulegen.   Erwachsener Kind Erwachsener Kind | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | PKV\*  (Versicherte der privaten  Krankenversicherung) | | | |  | | | | | | | GKV  (Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung) | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **\*nur am Förderverfahren teilnehmende PKV einschließlich PBeaKK und KVB** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **3.** | Dem ambulanten Hospizdienst sind im Jahr 2023 Personal- und Sachkosten entstanden.  Erhöhte Personalkosten (nach § 5 Abs. 9 der Rahmenvereinbarung) werden für das  laufende Förderjahr 2024 geltend gemacht (Buchstabe b.). |

1. Personalkosten der fest angestellten fachlich

verantwortlichen Fachkräfte (Anlage 2)       EUR

inklusive erhöhter Personalkosten gemäß § 5 Abs. 9, die im Förderjahr 2023  
geltend gemacht wurden

Bitte für jede Fachkraft die Anlage 2 ausfüllen und entsprechende Nachweise beifügen.

1. Erhöhte Personalkosten nach § 5 Abs. 9

der Rahmenvereinbarung (Anlage 2a)       EUR

Bitte für jede Fachkraft die Anlage 2a ausfüllen.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Fort- und Weiterbildungskosten   für Ehrenamtliche (keine Nachweise notwendig)       EUR  Multiplikation: Anzahl Ehrenamtliche (B.1) mit Pauschalbetrag in Höhe von 110 EUR.   1. Kosten für Supervisionen und Erstqualifikationen   der Ehrenamtlichen (Anlage 3)       EUR   1. Sachkosten (Anlage 4)  (Belege sind vorzulegen)       EUR | | | | |
|  | | | | |
| 1. Bislang **nicht refinanzierte Gesamtkosten im Jahre 2023** (Kosten (a. + b. + c. + d. + e.) | | **EUR** |
|  | | | |
|  | | | |
| **4.** | Der gemeinsame Erhebungsbogen der nordrheinischen Krankenkassen(-Verbände) (Anlage 1) ist beigefügt, weil | | | |
|  |  | | | |
|  |  | die Förderung erstmalig beantragt wird (Neuantragsteller) | | |
|  |  | Änderungen gegenüber der Förderung für das Jahr 2023 eingetreten sind.  Bei Änderungen bitte nur den entsprechenden Auszug des Erhebungsbogen  mit der Erklärung (Punkt D) ausgefüllt einreichen. | | |

Liegen keine Änderungen vor, ist der gemeinsame Erhebungsbogen **nicht** beizufügen!

**C. Berechnungsgrundlage**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Für die Berechnung des Förderbetrages 2024 wird, die Anzahl der Sterbebegleitungen und die Anzahl der einsatzbereiten Ehrenamtlichen **aus diesem Antrag** (Seite 2 und 3) zu Grunde gelegt. | | | | | |
| Der Antragsteller bestätigt, dass die Angaben in diesem Antrag auf Förderung mit den Büchern, Belegen und Unterlagen übereinstimmen (ein zahlenmäßiger Nachweis wird geführt), zur Prüfung bereitgehalten und auf Anforderung der Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden.Sollten aufgrund von falschen Angaben Förderbeträge unrechtmäßig zur Auszahlung gelangt sein, besteht seitens der auszahlenden Stelle ein unverzüglicher Anspruch auf Rückzahlung bzw.  Auf- und Verrechnung des zu viel gezahlten Förderbetrages. | | | | | |
| Der Antragsteller erklärt sich damit einverstanden, dass die auszahlende Stelle die angegebenen Daten zum Zwecke der Überprüfung und Abwicklung der Förderung weiterverwenden kann.  Darüber hinaus verpflichtet sich der ambulante Hospizdienst, Förderbeträge, die die tatsächlichen Aufwendungen überschreiten, der auszahlenden Stelle unverzüglich mitzuteilen und auf deren  Anforderung hin zu erstatten. | | | | | |
|  | | | | | |
| D. Qualität der ambulanten Hospizarbeit | | | | | |
|  | | | | | |
| Der ambulante Hospizdienst versichert, dass die in der Rahmenvereinbarung nach § 39 a Abs. 2 Satz 8 SGB V geforderten Voraussetzungen zur Förderung sowie Inhalt, Qualität  und Umfang der ambulanten Hospizarbeit erfüllt werden. | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| Ort, Datum |  | | Unterschrift (Vorstand/Geschäftsführer) | | |
|  |  | | | | (Stempel des Hospizdienstes) |
|  |  | |  | | |
| Unterschrift der fest angestellten fachlich  verantwortlichen Fachkraft für Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit | |  | | Unterschrift der fest angestellten fachlich  verantwortlichen Fachkraft für Inhalt, Qualität  und Umfang der ambulanten Hospizarbeit | |
|  | |  | | Unterschrift der fest angestellten fachlich  verantwortlichen Fachkraft für Inhalt, Qualität  und Umfang der ambulanten Hospizarbeit | |