|  |  |
| --- | --- |
| **Landesverbände** **der Krankenkassen in Nordrhein** | AOK Rheinland/Hamburg – Die GesundheitskasseBKK-Landesverband NORDWESTIKK classicSozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbauals Landwirtschaftliche KrankenkasseKNAPPSCHAFTVerband 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 mitBehinderung oder der Kinder- und Jugendhilfe

 Erwachsener Kind Erwachsener Kind |
|             | PKV\*(Versicherte der privaten Krankenversicherung)  |             | GKV (Versicherte der gesetzlichenKrankenversicherung) |
|  | * 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 gesetzlichenKrankenversicherung) |
|  |
| **\*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)       EURMultiplikation: Anzahl Ehrenamtliche (B.1) mit Pauschalbetrag in Höhe von 110 EUR.1. Kosten für Supervisionen und Erstqualifikationen

der Ehrenamtlichen (Anlage 3)       EUR1. 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 |