

**Förderung der Koordination von Aktivitäten in regionalen Hospiz-  
und Palliativnetzwerken (HPNW) durch eine Netzwerkkoordinatorin  
oder einen Netzwerkkoordinator**

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

Anschrift zuständige Stelle

**Antragsfrist:**

**bis 30.09.2024**

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 Antragstellende sind nicht zulässig.

Eine fehlende Mitwirkung kann zur Ablehnung Ihres Antrages führen.

**I. Angaben zum Antragstellenden                      Registriernummer**

**Kontakt Daten Träger:**

Name:

Anschrift (Straße, Hausnummer):

PLZ Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Internetseite:

Zugehörigkeit zu dem Kreis/zur kreisfreien Stadt:

beantragter Förderzeitraum:            von            bis

**Bankverbindung des Antragstellenden**

Name des Kontoinhabers:

Anschrift des Kontoinhabers:

Name der Bank:

IBAN:

**II. Angaben zu dem zu koordinierenden Hospiz- und Palliativnetzwerk (HPNW)**

**Kontakt Daten:**

Name

Anschrift (Straße, Hausnummer):

PLZ Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Internetseite:

Zugehörigkeit zu dem Kreis/zur kreisfreien Stadt:

**Angaben zum Bestehen des zu koordinierenden Hospiz- und Palliativnetzwerkes:**

Seit wann besteht das Netzwerk?

Regionale Ausrichtung des Netzwerkes:

Das Netzwerk erfasst vollständig den Kreis/die kreisfreie Stadt

ja             nein

Bei nein: Angaben zur regionalen Ausrichtung:

**Bestätigung des Kreises/der kreisfreien Stadt über eine beabsichtigte/zugesagte Förderung der Netzwerkkoordination nach § 3 Abs. 10 der Förderrichtlinie nach § 39d Abs. 3 SGB V**

Die Bestätigung des Kreises/der kreisfreien Stadt über eine beabsichtigte/zugesagte Förderung der Netzwerkkoordination liegt für den beantragten Förderzeitraum vor  
Anlage  ja  nein

Wurde im Vorjahr ein Förderantrag gestellt?  
 ja  nein

**III. Angaben zur Person der Netzwerkkoordinatorin oder des Netzwerkkoordinators**

**Kontaktdaten:**

Name:  
Anschrift (Straße, Hausnummer):  
PLZ Ort:  
Telefon:  
Fax:  
E-Mail:  
beschäftigt ab/seit:

Welche Aufgaben übernimmt die Netzwerkkoordinatorin/ der Netzwerkkoordinator im Rahmen der übergreifenden Koordinierungstätigkeiten?

1. Unterstützung der Kooperation der Mitglieder des regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerkes und Abstimmung und Koordination ihrer Aktivitäten im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung	<input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein
2. Information der Öffentlichkeit über die Tätigkeiten und Versorgungsangebote der Mitglieder des regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerkes in enger Abstimmung mit weiteren informierenden Stellen auf Kommunal- und Landesebene	<input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein
3. Initiierung, Koordinierung und Vermittlung von interdisziplinären Fort- und Weiterbildungsangeboten zur Hospiz- und Palliativversorgung sowie Organisation und Durchführung von Schulungen zur Netzwerktaetigkeit, soweit dies zur Erreichung eines gemeinsamen Verständnisses für die Zusammenarbeit im Netzwerk erforderlich ist	<input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein
4. Organisation regelmäßiger Treffen der Mitglieder des regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerkes zur stetigen bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Netzwerkstrukturen und zur gezielten Weiterentwicklung der Versorgungsangebote entsprechend dem regionalen Bedarf	<input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein

5. Unterstützung von Kooperationen der Mitglieder des regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerkes mit anderen Beratungs- und Betreuungsangeboten wie Pflegestützpunkten, lokalen Demenznetzwerken, Einrichtungen der Altenhilfe sowie kommunalen Behörden und kirchlichen Einrichtungen	<input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein
6. Ermöglichung eines regelmäßigen Erfahrungsaustausches mit anderen koordinierenden Personen und Einrichtungen auf Kommunal- und Landesebene	<input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein

Werden von der Netzwerkkoordinatorin oder dem Netzwerkkoordinator im beantragten Förderzeitraum zusätzliche Aufgaben für eine Netzwerkpartnerin/einen Netzwerkpartner wahrgenommen?

ja             nein

Wenn ja, in welchem Umfang? (Bitte Angaben in Stunden pro Woche)

Nimmt die Netzwerkkoordinatorin/ der Netzwerkkoordinator eine neutrale Rolle ein?

ja             nein

#### **IV. Projekt-Finanzierungsplan für die Netzwerkkoordination durch die Netzwerkkoordinatorin oder den Netzwerkkoordinator**

##### **Allgemeine Angaben:**

Stellenanteil der Netzwerkkoordinatorin/des Netzwerkkoordinators für die Netzwerkkoordination im beantragten Förderzeitraum	VZÄ Stunden/Woche
Durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit	
Tarifliche Eingruppierung (bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, bitte Tarifwerk angeben	
Entgeltgruppe /Erfahrungsstufe	

## **Geplante Ausgaben der Netzwerkkoordination für den Förderzeitraum**

Hinweis: Sofern eine Förderung für einen Zeitraum von mehr als einem Kalenderjahr beantragt wird, sind die Angaben jeweils für die entsprechenden Kalenderjahre auszuweisen.

### **1. Personalausgaben**

Bruttopersonalkosten	€
Personalnebenkosten	€
<b>Personalausgaben (gesamt)</b>	€

### **2. Sachausgaben** (Einzelpositionen sind inhaltlich in einer Anlage 4 ggf. weiter auszuführen)

(anteilige) Mietkosten	€
(anteilige) Mietnebenkosten, inkl. Energie- und Reinigungskosten	€
Kosten der Ausstattung (Büromaterial einschließlich Fachliteratur, Büromöbel/-technik)	€
Reisekosten der Netzwerkkoordinatorin/des Netzwerkkoordinators	€
Aufwendungen zur Fortbildung der Netzwerkkoordinatorin/des Netzwerkkoordinators	€
Post- und Telekommunikationsgebühren	€
•	€
•	€
•	€
<b>Sachausgaben (gesamt)</b>	€
<b>Gesamtausgaben (Personal- und Sachausgaben)</b>	€

**Geplante Einnahmen für die Netzwerkkoordination für den Förderzeitraum  
(bezogen auf die geplanten Personal- und Sachausgaben der Netzwerkkoordination)**

• Eigenmittel	€
• Mitgliedsbeiträge	€
• Höhe der beabsichtigten/zugesagten Förderung durch den Landkreis oder die kreisfreie Stadt	€
• Zuwendungen Dritter (z. B. aus Stiftungen, Spenden etc.)	€
• Sonstige Mittel (ggf. Übertrag aus Vorjahr)	€
<b>Gesamteinnahmen für die Netzwerkkoordination: (ohne beantragte GKV-Fördermittel)</b>	€

<b><u>Es wird eine Förderung beantragt in Höhe von</u></b>	<b>_____ €</b>
--	----------------

Dem Antrag sind folgende Anlagen beigefügt:

- Bestätigung des Kreises/der kreisfreien Stadt mit Angabe der beabsichtigten/zugesagten Förderung und des Förderzeitraumes für die Netzwerkkoordination (gem. § 3 Abs. 10 der Förderrichtlinie § 39d SGB V) **(Anlage 1)**
- Schriftliche Kooperationsvereinbarung der am Netzwerk beteiligten Akteurinnen und Akteure (gem. § 3 Abs. 6 der Förderrichtlinie § 39d SGB V) **(Anlage 2)**
- Konzept für das Netzwerk (gem. § 3 Abs. 7 der Förderrichtlinie § 39d SGB V) **(Anlage 3)**
- ggf. ergänzende Angaben zum Finanzierungsplan **(Anlage 4)**

**V. Erklärung**

Der Antragstellende erklärt, dass:

- bei Erhalt der Förderung die Gesamtfinanzierung des Vorhabens für den beantragten Förderzeitraum gesichert ist,
- die Netzwerkkoordination nicht mit kommerziellen Interessen wie der Vermarktung von Fort- und Weiterbildung oder der Bewerbung von Leistungen und Produkten verknüpft wird,
- die Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit eingehalten werden,
- keine Doppelförderung/-finanzierung der beantragten Kostenpositionen stattfindet,

- die Fördermittel nur zur Deckung der Kosten verwendet werden, die im Bewilligungszeitraum entstehen,
- er sich bereit erklärt, nicht, nicht rechtzeitig oder nicht zulässig verwendete Mittel an die fördernde Stelle zurückzuzahlen, sofern diese Mittel nicht nach Abstimmung mit dem Fördermittelgeber für die Förderung im Folgejahr angerechnet werden können. Dazu ist der fördernden Stelle - bei vorliegender Bewilligung - bis zu dem im Bewilligungsschreiben genannten Termin ein entsprechender Verwendungsnachweis für das vorangegangene Kalenderjahr vorzulegen.

Weiterhin erklären wir, dass die Angaben im Förderantrag (einschließlich aller Anlagen) richtig und vollständig sind und wir die Fördermittel zur Koordination der Aktivitäten in regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerken durch eine Netzwerkkoordinatorin oder einen Netzwerkkoordinator stellvertretend in Empfang nehmen. Wir sind für die ordnungsgemäße Verwendung des Geldes sowie die Ausstellung eines entsprechenden Verwendungsnachweises verantwortlich.

---

Ort, Datum:

---

Unterschrift  
1. Vertretungsberechtigter

(voller Namen, in Druckbuchstaben)

---

Unterschrift  
ggf. 2. Vertretungsberechtigter

(voller Namen, in Druckbuchstaben)