

<b><u>Anschrift des Trägers:</u></b>

<b><u>Anschrift des ambulanten Hospizdienstes:</u></b>
Name:
PLZ, Ort:
Aktenzeichen:.

**Förderung ambulanter Hospizarbeit für das Kalenderjahr \_\_\_\_\_**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit stellen wir für unseren ambulanten Hospizdienst (AHD) einen Förderantrag nach § 39 a Abs. 2 SGB V.

**I. Angaben zu den Fördervoraussetzungen entsprechen der Rahmenvereinbarung nach § 39 a Abs. 2 Satz 6 SGB V**

AHD besteht seit:	
Zahl der qualifizierten, einsatzbereiten ehrenamtlichen Personen:	
Kooperierender Pflegedienst:	
Kooperierender Arzt:	
Maßnahmen zur Sicherstellung der ständigen Erreichbarkeit:	

Wir versichern, dass wir

- bereits Sterbebegleitungen in Haushalt oder Familie geleistet haben (siehe auch III.);
- die kontinuierliche Praxisbegleitung/Supervision unserer Ehrenamtlichen gewährleisten;
- Maßnahmen zur Sicherung der Qualität festlegen und diese durchführen;
- eine sachgerechte und kontinuierliche Dokumentation beim Sterbenskranken führen.

**II. Angaben zur verantwortlichen Fachkraft**

Wir beschäftigen eine fest angestellte verantwortliche Fachkraft, die palliativ-pflegerische Beratung erbringt und die Gewinnung, Schulung und Koordination der Ehrenamtlichen gewährleistet:

Name:	
Beschäftigungsumfang (volle Stelle, halbe Stelle, etc.):	

Es handelt sich um eine

Pflegefachkraft

Andere Person

(Bitte ankreuzen)

Berufsbezeichnung / Hochschulausbildung:	
Hauptberufliche Tätigkeit (mind. 3 Jahre):	
Palliativ-Care-Weiterbildung oder entspr. berufl. Tätigkeit:	
Koordinatorenseminar (40 Stunden) oder 3 Jahre Koordinatorentätigkeit:	
Seminar Führungskompetenz (80 Stunden)	

Folgende Voraussetzungen erfüllt die verantwortliche Fachkraft noch nicht, diese werden aber bis spätestens zum 31.12. des Antragsjahres nachgewiesen:

--

### III. Angaben zur Berechnung der Fördersumme

Anzahl der am 31.12.des Vorjahres einsatzbereiten ehrenamtlichen Personen:	
Anzahl der im Vorjahr geleisteten Sterbebegleitungen im Haushalt, der Familie oder in stationären Pflegeeinrichtungen:	

### IV. Angaben zu den Personalkosten i. S. d. § 6 Abs. 1 Rahmenvereinbarung

Personalkosten:	
Externe Schulungskosten:	

<b>Gesamtkosten:</b>	
----------------------	--

### V. Sonstige Angaben

Wir bitten um Überweisung des Förderbetrages auf folgendes Konto:

Kontoinhaber:	
Bankinstitut:	
BLZ:	
Konto-Nr.:	

Freundliche Grüße

Datum: