



Hospiz Stiftung

Niedersachsen

Antragsformular

Gefördert werden

- Qualifizierungs- und Weiterbildungskurse von Ehrenamtlichen
- Supervision von Einzelpersonen, Gruppen und Leitungen (bei Ehrenamtlichkeit)
- Beratung (z.B. Organisationsentwicklung, Finanzierung, interne und externe Kommunikation)
- Konzept und Netzwerkentwicklung bei Beteiligung Ehrenamtlicher
- Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Flyer, Infoveranstaltungen, Informationsstände mit Logo der HSN) mit konkretem Bezug zur Förderung der ehrenamtlichen Mitarbeit und/oder der Ehrenamtlichen-Gewinnung,
- Durchführung von Projekten im Bereich Palliativ Care (Trauerbegleitung),
- Erfüllung besonderer Lebenswünsche sterbender Menschen (z.B. Wünschewagen).
- Kosten, die nicht durch die Refinanzierungspauschale nach 39a SGB V ausgeglichen werden.

Nicht gefördert werden

- Personalkosten fest angestellter Mitarbeiter*innen
- Kosten, die im Rahmen von § 39 SGB V durch die Refinanzierung der Krankenkassen im Rahmen des Jahresbudgets im Antragsjahr bereits abgedeckt sind
- Gesamtkosten einer Maßnahme

Der Antrag auf Förderung muss mind. **6 Wochen vor Beginn** des Vorhabens gestellt werden.

Die Höhe der Förderungen ist u.a. abhängig von den eingegangenen Förderanträgen.

Bitte richten Sie den Antrag an die Stiftungsverwaltung:

Hospiz Stiftung Niedersachsen
c/o Die Stiftungspartner GmbH
Frau Anita Lustig
Löwenwall 16
38100 Braunschweig

E-Mail: lustig@die-stiftungspartner.de

Tel.: 0531-27359 - 17



Hospiz Stiftung
Niedersachsen

Antrag auf Gewährung von Fördermitteln

Antragsteller:

Name der Einrichtung: _____

Hausanschrift:

Straße und Hausnummer: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Bundesland: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Ansprechpartner:

Name und Funktion:

Bankverbindung:

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Bankinstitut: _____



Hospiz Stiftung

Niedersachsen

Wir haben eine festangestellte Koordinatorin:	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Förderung des Dienstes nach §39a SGB V:	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Die beantragte Maßnahme unterliegt der Refinanzierungspauschale nach §39a SGB V:	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Das Jahresbudget der Refinanzierungspauschale nach §39a SGB V wird in diesem Jahr durch entsprechende Maßnahmen überschritten	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN

Titel des Vorhabens:

Angaben zum Vorhaben:

Kurzbeschreibung des Vorhabens: _____

Anzahl der zu fördernden Personen	
geplanter Beginn des Vorhabens	ab:
Dauer des Vorhabens	bis:
Träger / Bildungseinrichtung des Vorhabens:	
Anzahl der Module / Stunden	Module: Stunden:



Hospiz Stiftung
Niedersachsen

Kostenplan:

Kostenart:

Betrag:

Gesamtfinanzierungsplan

Betrag

Bei der Hospiz Stiftung Niedersachsen beantragte Mittel:	€
Finanzielle Eigenbeteiligung: Antragsteller (Verein)	€
Finanzielle Eigenbeteiligung: Teilnehmer, Teilnehmerrinnen	€
Beiträge weiterer Institutionen:	
1.	€
2.	€
Gesamtsumme:	€

_____, den _____

(Unterschrift Antragsteller)