

## Antrag auf Förderung als Netzwerk nach § 45c Abs. 9 SGB XI

- Erstantrag
- Folgeantrag

### 1. Allgemeine Angaben

1.1 Antragsteller mit Adresse, Ansprechpartner mit Tel.nr. und Emailadresse
1.2 gegebenenfalls Verbandszugehörigkeit
1.3 Rechtsgeschäftlich verantwortlicher Vertreter des Netzwerkes
1.4 Bankverbindung des Netzwerkes <b>Name und Sitz des Geldinstituts:</b> <b>IBAN:</b>
1.5 Beginn der Netzwerk­tätigkeit <b>ab</b> _____
1.6 Dauer der beantragten Netzwerk­förderung <input type="checkbox"/> Ein Jahr <input type="checkbox"/> Zwei Jahre
1.6 Ist das Netzwerk auf Dauer ausgelegt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
1.7.1 Gibt es einen örtlichen Pflegestützpunkt? <input type="checkbox"/> Ja, seit _____ <input type="checkbox"/> Nein
1.7.2 Falls ja, erfolgt eine Zusammenarbeit des Netzwerkes mit dem Pflegestützpunkt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

## 2. Netzwerkpartner und Aufgaben des Netzwerkes

<p>2.1 Kurzbeschreibung der Tätigkeiten des gesamten Netzwerkes/Konzept des Zusammenwirkens und der Ziele (bitte Konzept beifügen).</p> <p>Falls die Kommune, in der das Netzwerk aktiv ist, eine „Gesundheitsregion<sup>plus</sup>“ ist, und / oder ein Pflegestützpunkt existiert, stellen Sie bitte die Verknüpfung des Netzwerkes zur „Gesundheitsregion<sup>plus</sup>“ / zum Pflegestützpunkt dar.</p>	
2.2 Kooperationspartner im Netzwerk	2.3 Inhalte/Schwerpunkt der Kooperationspartner
<p>2.4 Bitte die Kooperationsvereinbarungen und die Bestätigung des freiwilligen Zusammenschlusses eines jeden Netzwerkpartners in Kopie beifügen.</p>	
<p>2.5 Stellungnahme des Kreises/der Kreisfreien Stadt bitte beifügen.</p>	

3. Wird ein Qualitätsmanagement für die Netzwerkarbeit vorgehalten (bspw. Falldurchsprachen, Tätigkeits-/Jahresberichte, Reflexionsgespräche)?

- Ja, nähere Ausführungen hierzu finden Sie \_\_\_\_\_
- Nein

4. Ermöglice Sie die Teilnahme von ...

4.1. Selbsthilfegruppen, -organisationen, -konstellationen i.S.d. §45d SGB XI?

- Ja, dies sind folgende ...  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Nein

4.2. Regionaler Gruppen ehrenamtlich Tätiger?

- Ja, dies sind folgende ...  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Nein

4.3. Sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen i.S.d. §45c Abs. 4 SGB XI?

- Ja
- Nein

4.4. Ist die Arbeit des Netzwerkes allen Pflegebedürftigen und sonstigen Betroffenen in der Region zugänglich?

- ja
- nein

## 5 Entstehende Kosten für das Netzwerk

5.1 Welche Kosten entstehen voraussichtlich - ausschließlich für die Aufgaben des Netzwerkes?

	Gesamtkosten des Netzwerkes im Jahr 20__	beantragte Förderhöhe in € (insgesamt max. 25.000€)	Gesamtkosten des Netzwerkes im Jahr 20__	beantragte Förderhöhe in € (insgesamt max. 25.000€)
Personalkosten				
Sachkosten				
Kosten der Organisation und Durchführung fachlicher Fortbildungen				
Kosten für Öffentlichkeitsarbeit				
<b>Summe</b>				

5.2 Die unter 5.1 netzwerkbezogenen Personalkosten beziehen sich auf folgende Personen:

Berufsbezeichnung (bitte Qualifikationsnachweis beifügen)	Tätigkeit im Netzwerk	Beschäftigungsanteil im Netzwerk in %

5.3 Wer ist derzeit Kostenträger für die im Kalenderjahr 20\_\_ entstehenden Kosten der Aufgaben des Netzwerkes? (Ohne Einbezug der Förderung)

Antragsteller (in %): \_\_\_\_\_

Weitere Beteiligte des Netzwerkes (in %): \_\_\_\_\_

5.4 Wurden für im Rahmen des Netzwerkes entstehende Ausgaben (Personal-/Sachkosten-/sonstige Kosten) bei anderen Stellen (z.B. Bundesagentur für Arbeit, Zentrum Bayern Familie und Soziales) Anträge auf Förderung/Zuwendung gestellt?

Ja, bei \_\_\_\_\_

Nein

5.5 Falls entsprechend 5.4 Anträge gestellt wurden, beteiligen sich andere Stellen an den Kosten lt. 5.1?

<input type="checkbox"/> Ja, in Höhe von _____ €
<input type="checkbox"/> Nein
5.6 Erhalten Sie Fördergelder über die Gesundheitsregion <sup>plus</sup> ?
<input type="checkbox"/> Ja, in Höhe von _____ €
<input type="checkbox"/> Nein

Ich versichere, dass die vorgenannten Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht wurden und dass ich gegenüber den in der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern beteiligten Kranken- und Pflegekassen/-verbänden und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. befugt bin, für die im o.g. Netzwerk Beteiligten rechtsverbindliche Aussagen zu treffen.

Die Verarbeitung der gemachten Angaben erfolgt ausschließlich im Rahmen des gesetzlich notwendigen Verfahrens zur Förderung nach § 45c Abs. 9 SGB XI in Verbindung mit den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. in der Fassung vom 20.12.2021 zur weiteren Ausführung.

Mir ist bewusst, dass die Fördermittel im Voraus ausbezahlt werden und dass ich Fördermittel, die nicht zweckentsprechend verwendet wurden, an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung, der beim Bundesamt für Soziale Sicherung geführt wird, zurückerstatten muss.

Ebenfalls ist mir bewusst, dass ich verpflichtet bin, bis spätestens 31.03. des Folgejahres einen Nachweis über die Verwendung der ausbezahlten Fördermittel zu erstellen und an die Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern zu übermitteln. Für Fragen stehe ich zur Verfügung und werde die hierfür angeforderten Unterlagen unverzüglich an die Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern übersenden.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Ort Datum

\_\_\_\_\_  
Rechtsverbindliche Unterschrift mit Stempel