|  |  |
| --- | --- |
| **Bitte senden Sie den Antrag per Mail an**  *Amt der Steiermärkischen Landesregierung*  *Abteilung Gesundheit und Pflege*  *Referat Sanitätsdirektion - Gesundheitswesen*  **gesundheitsfoerderung@stmk.gv.at** | **Nicht gebührenpflichtig,**  **da keine Eingabe im**  **Sinne des § 14 TP 6 GebG** |

|  |
| --- |
| A N T R A G **auf Gewährung eines Unterstützungsbeitrages des Landes Steiermark für Maßnahmen der**  **GESUNDHEITSFÖRDERUNG und PRIMÄRPRÄVENTION** |
| * ***Lesen Sie vor dem Ausfüllen des Antragsformulars die Förderungsrichtlinien! Im Glossar werden relevante Fachbegriffe erklärt.*** * ***Bitte schreiben Sie alle Angaben aussagekräftig, aber kurz.*** * ***Wir können nur vollständige Anträge berücksichtigen.*** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Förderungswerberin / Förderungswerber** | | |
| 01 **Trägerin/Träger des Vorhabens: Name/Verein/Institution** |  | |
| 02 **Registercode / Firmenbuchnummer / Vereinsregisternummer** |  | |
| 03 **Vorhabensleitung:** |  | |
| 04 **Straße, Hausnr., PLZ, Ort:** |  | |
| 06 **Telefon:** |  | |
| 07 **E-Mail:** |  | |
| 08 **Homepage:** |  | |
| 09 **Bankverbindung:** | Bank: |  |
| IBAN: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **BEI DER A8, Gesundheit und Pflege, BEANTRAGTER SUBVENTIONSBETRAG** | |
| 10 **Beantragung von** (siehe Pkt. 8 Förderungsrichtlinie) | Basisförderung für das Jahr |
| 11 **in der Höhe von €** | € 0,00 |
| 12 **Titel des Vorhabens** |  |
| 13 **Förderungszeitraum** | (von – bis):       –       (Datumsformat: TT.MM.JJJJ) |
| 14 **Geschäftszahl** | *Geschäftszahl eines bereits zuvor gestellten Antrages*  **GZ:** ABT08- |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Finanzübersicht** | |
| 15 Gesamtkosten des Vorhabens im beantragten Förderzeitraum | € 0,00 |
| 16 Kofinanzierung | *Bei welchen weiteren Stellen wurde um eine Kofinanzierung angesucht? In welcher Höhe werden Eigenleistungen eingebracht? Bitte listen Sie alle auszahlenden Stellen, die Art der Kofinanzierung (Förderungen, Sponsoring, Eigenleistung) und die Höhe der Kofinanzierung auf!*   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Auszahlende Stelle** | **Art der Kofinanzierung** | **Betrag** | |  |  | € 0,00 | |  |  | € 0,00 | |  |  | € 0,00 | |  |  | € 0,00 | |  |  | € 0,00 | |  |  | € 0,00 | | **Kofinanzierung GESAMT** | | **€ 0,00** | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2. Beschreibung des Vorhabens** | | |
| 17 **Kurzzusammenfassung** | *Bitte beschreiben Sie Ihr Vorhaben in max. 500 Zeichen! Die Kurzbeschreibung kann für Veröffentlichungen des Förderungsgebenden herangezogen werden.* | |
| 18 **Objektiver Bedarf für die Durchführung des Vorhabens** | *Bitte beschreiben Sie, welchen Bedarf Ihr Vorhaben hat. Geben Sie Quellen für diese Bedarfe mit mindestens Autor/Autorin und Jahr an (zum Beispiel: Fachliteratur, Studien, Gesundheitsberichte, eigene Bedarfserhebungen, Gesetzesveröffentlichungen, praktische Arbeit, Evaluierung aus Pilot-/Referenzprojekten etc.).* | |
| 19 **Umfeld des Vorhabens** | *Gibt es andere Personen bzw. Institutionen, die ähnliche Vorhaben durchführen? Beschreiben Sie gegebenenfalls, inwiefern eine Abstimmung der Angebote/Maßnahmen stattfindet. Beschreiben Sie, wie sich Ihr Vorhaben von ähnlichen Vorhaben abgrenzt. Begründen Sie den zusätzlichen Bedarf der Zielgruppe!* | |
| 20 **Ziele des Vorhabens** | *Welches konkrete Ziel bzw. welche konkreten Ziele sollen durch das Vorhaben in Bezug auf Gesundheitsförderung und Primärprävention erreicht werden? Achten Sie darauf, dass Sie die Ziele wirkungsorientiert formulieren.* | |
| 21 **Steirische Gesundheitsziele** | | *Welches Steirische Gesundheitsziel bzw. welche Steirischen Gesundheitsziele bearbeiten Sie mit Ihrem Vorhaben? Kreuzen Sie nur jene Ziele an, auf die sich Ihr Vorhaben unmittelbar auswirkt.*  Gemeinsam die Lebensqualität und das Wohlbefinden stärken.  Lebenswelten gesundheitsförderlich und nachhaltig gestalten.  Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken.  Die Vielfalt von Zielgruppen berücksichtigen.  Gesundheitliche Chancengerechtigkeit für alle Menschen in der Steiermark sicherstellen.  Die psychische Gesundheit der Menschen in der Steiermark stärken.  Mit Ernährung die Gesundheit der Meschen in der Steiermark fördern.  Mit Bewegung und Sport die Gesundheit der Menschen in der Steiermark fördern.  Die Steiermark gesundheitskompetent gestalten.  Das Gesundheits- und Pflegewesen zukunftsfähig und gesundheitsförderlich gestalten.  Gesunde und zukunftsfähige Arbeitsbedingungen schaffen.  Gesundheit durch Klima- und Umweltschutz fördern. |
| 22 **Zielerreichung und Wirkungen des Vorhabens** | | *Bitte gehen Sie in diesem Feld auf jedes oben angekreuzte Steirische Gesundheitsziel ein! Beschreiben Sie, wie die geplanten Maßnahmen dazu beitragen das jeweilige Ziel zu erreichen. Beschreiben Sie die erwartbaren Wirkungen („Outcomes“) für die Zielgruppe/n. Gibt es Studien, Evaluationsberichte, Pilot- bzw. Best-Practice-Projekte, die diese Wirkungen bestätigen? Bitte geben Sie die Quellen an bzw. stellen Sie die entsprechenden Unterlagen zur Verfügung.* |
| 23 **Beschreibung der Zielgrupppe/n** | | *Welche Zielgruppe/n hat Ihr Vorhaben? Bitte beschreiben Sie die Aspekte: Bedarf, Geschlecht, Alter, sozioökonomische Faktoren, Größe der Zielgruppe, Einzugs- und Versorgungsbereich (Gemeinde, Stadtteil, Bezirk etc.).  Gibt es definierte Ein- und Ausschlusskriterien der Zielgruppe/n, die Sie für Ihr Vorhaben erreichen wollen?* |
| 24 **Anzahl erreichter Personen** | | *Wie viele Personen haben einen direkten und indirekten Nutzen von Ihrem Vorhaben? Bitte um Zahlenangaben!* |
| 25 **Gesundheitliche Chancengerechtigkeit** | | *Bitte beschreiben Sie, wie Sie die Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit während des gesamten Vorhabens berücksichtigen. Bitte gehen Sie auf relevante Aspekte ein:*   * *Bildung, Einkommen, berufliche Position, soziale Herkunft,* * *Migrationshintergrund, Wohnregion,* * *Lebensalter, Gender, Familienstand…*   *Wie wird sichergestellt, dass die Maßnahmen für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen leicht zugänglich sind (niederschwellig)?* |
| 26 **Arbeitspakete / Arbeitsbereiche** | | *Beschreiben Sie hier die Arbeitsbereiche Ihrer Organisation. Gehen Sie dabei auch auf die konkrete Umsetzung ein. Nummerieren Sie die einzelnen Arbeitspakete/-bereiche und übernehmen Sie die Nummerierung in den Finanzplan (Pkt. 3.). Beschreiben Sie ausschließlich Arbeitsbereiche Ihrer Organisation, für die Sie eine Förderung beantragen. Möchten Sie weitere Tätigkeitsfelder Ihrer Organisation aufzeigen, tun Sie dies bitte in einer Beilage zum Antrag.*  1.  2.  3. |
| 27 **Nachhaltigkeit der Veränderungen** | | *Wie stellen Sie sicher, dass die optimierten Strukturen, Prozesse und Verhaltensweisen über den Förderzeitraum hinaus Bestand haben?*  *Wie können Sie sicherstellen, dass Maßnahmen an veränderte Bedingungen angepasst werden?*  *Wie machen Sie die Maßnahmen auch für andere Zielgruppen / Settings zugänglich?* |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3. Finanzplan** | | | | | |
| *Wie wird die von Ihnen bei der A8 beantragte Fördersumme für die einzelnen Arbeitspakete/Arbeitsbereiche verwendet?[[1]](#footnote-1) Übernehmen Sie die Nummerierung aus dem Feld 26 „Arbeitspakete/Arbeitsbereiche“* | | | | | |
|  | | | | | |
| **Förderungsfähige Arbeitspakete/-bereiche lt. Förderungsrichtlinie** | | | | | |
| **Arbeitspaket/-bereich** | **Geplante Ergebnisse** | **Personalkosten** | **Sachkosten** | **Erläuterung der Sachkosten** | **Summe** |
|  |  | € 0,00 | € 0,00 |  | € 0,00 |
|  |  | € 0,00 | € 0,00 |  | € 0,00 |
|  |  | € 0,00 | € 0,00 |  | € 0,00 |
|  |  | € 0,00 | € 0,00 |  | € 0,00 |
|  |  | € 0,00 | € 0,00 |  | € 0,00 |
|  |  | € 0,00 | € 0,00 |  | € 0,00 |
|  |  | € 0,00 | € 0,00 |  | € 0,00 |
|  |  | € 0,00 | € 0,00 |  | € 0,00 |
|  |  | € 0,00 | € 0,00 |  | € 0,00 |
|  |  | € 0,00 | € 0,00 |  | € 0,00 |
|  |  | € 0,00 | € 0,00 |  | € 0,00 |
| **Kosten förderungsfähige Maßnahmen GESAMT:** | | | | | **€ 0,00** |
|  | | | | | |
| **Bedingt förderungsfähige Arbeitspakete/-bereiche lt. Förderungsrichtlinie** | | | | | |
| **Arbeitspaket/-bereich** | **Geplante Ergebnisse** | **Personalkosten** | **Sachkosten** | **Erläuterung der Sachkosten** | **Summe** |
|  |  | € 0,00 | € 0,00 |  | € 0,00 |
|  |  | € 0,00 | € 0,00 |  | € 0,00 |
| **Kosten bedingt förderungsfähige Maßnahmen GESAMT:** | | | | | **€ 0,00** |
|  | | | | | |
| **Evaluationsmaßnahmen** | | | | | |
| **Arbeitspaket/-bereich** | **Geplante Ergebnisse** | **Personalkosten** | **Sachkosten** | **Erläuterung der Sachkosten** | **Summe** |
|  |  | € 0,00 | € 0,00 |  | € 0,00 |
|  |  | € 0,00 | € 0,00 |  | € 0,00 |
| **Kosten Evaluationsmaßnahmen GESAMT:** | | | | | **€ 0,00** |
|  | | | | | |
| **Overheadkosten:** | | | | | **€ 0,00** |
| **Gesamtkosten (beantragte Förderung):** | | | | | **€ 0,00** |

|  |  |
| --- | --- |
| **4. Projektmanagement bzw. Organisationsstruktur** | |
| 28 **Organisationstruktur** | *Bitte nennen Sie die Personen, die im Vorhaben bzw. in den entsprechenden Arbeitsbereichen Ihrer Organisation (vgl. Feld 26) tätig sind mit Funktion und Angabe der Qualifikation für diese Tätigkeit. Gerne können Sie auch ein Organigramm beilegen.* |

|  |  |
| --- | --- |
| **5. Qualitätssicherung** | |
| 30 **Outputs** | *Definieren Sie zur Überprüfung der Zielerreichung (siehe Feld 22) mindestens 3 messbare Outputs. Bitte nennen Sie jeweils Zielzahlen und Zielzustand, der bis zum Ende des Förderungszeitraumes erreicht werden soll. Diese Outputs werden im Tätigkeitsbericht überprüft. Achten Sie daher bei der Planung der Dokumentation und Evaluation darauf, dass Sie geeignete Nachweise sammeln, um die Outputs zu überprüfen und die Zielerreichung nachzuweisen.* |
| 31 **Dokumentation** | *Wie dokumentieren Sie das Vorhaben (zum Beispiel: Dokumentationsbögen, Bericht)? Welche Daten werden dabei gesammelt?* |
| 32 **Evaluation** | *Wie evaluieren Sie das Vorhaben? Bitte beschreiben Sie die Art der Evaluation (Prozess-/Ergebnisevaluation), Instrumente der Evaluation, Zeitrahmen, Zielgruppen und Auswertungsmethoden.*  *Wie machen Sie Evaluationsergebnisse Dritten zugänglich?* |
| 33 **Evaluierende Personen** | *Welche Institution / Personen führen die Evaluation durch?*  Selbstevaluation  Externe Evaluation durch |

**Mit Unterzeichnung dieses Antrages nehme ich als Förderungswerberin / Förderungswerber verbindlich zur Kenntnis:**

1. **Es besteht KEIN Rechtsanspruch auf die Erteilung einer Subvention aus Landesmitteln. Auch eine einmal gewährte finanzielle Unterstützung begründet KEINEN Rechtsanspruch auf laufende – jährlich wiederkehrende – Subventionen. Die Auszahlung der Subvention erfolgt nach Maßgabe der vorhandenen finanziellen Mittel.**
2. Die Rahmenbedingungen für Subventionen für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention sind in den Förderungsrichtlinien des Gesundheitsressortsfestgelegt und können von folgender Website heruntergeladen werden: <https://www.gesundheit.steiermark.at/>
3. Um Subventionen können mit diesem Antrag juristischen Personen des privaten und öffentlichen Rechts sowie Personengesellschaften des Handelsrechts ansuchen. Das Antragsformular ist von einer entsprechend vertretungsberechtigten natürlichen Person zu unterzeichnen.
4. Bei juristischen Personen sind die in öffentlichen Büchern eingetragene Bezeichnung, die eingetragene Anschrift sowie der jeweilige Registercode (Firmenbuchnummer, Vereinsregisternummer etc.) durch eine Kopie der dafür geeigneten Originaldokumente gleichzeitig mit der Antragstellung zu belegen.
5. In weiterer Folge sind allfällige Änderungen (der Statuten, der Organe etc.) umgehend schriftlich der Abteilung Gesundheit und Pflege mitzuteilen.
6. Die Förderungsnehmerin / der Förderungsnehmer erklärt sich bereit, sich im Hinblick auf die gewährte Subvention der Kontrolle durch den Landesrechnungshof zu unterziehen.
7. Die Auszahlung gewährter Förderungsmittel erfolgt erst nach Unterfertigung eines entsprechenden Förderungsvertrages durch die antragstellende Person und Genehmigung desselben durch die Landesregierung.
8. Die widmungsgemäße Verwendung der Förderungsmittel ist der Abteilung Gesundheit und Pflege fristgerecht nachzuweisen durch:
9. einen Tätigkeitsbericht, wobei dafür ausschließlich das Formular „Tätigkeitsbericht“ (siehe <https://www.gesundheit.steiermark.at/>) zu verwenden ist.
10. ein Belegverzeichnis, geordnet nach Personal- und Sachkosten (Vorlage Belegsverzeichnis). Bei Einreichung eines weiteren Förderungsansuchens (Basisförderung) sind der Tätigkeitsbericht und die Unterlagen für den finanziellen Nachweis des zuvor geförderten Vorhabens jedenfalls spätestens gleichzeitig mit dem neuen Antrag vorzulegen.
11. Datenschutzrechtliche Bestimmungen:
12. Die Förderungswerberin / der Förderungswerber nimmt zur Kenntnis, dass die fördernde Stelle ermächtigt ist, alle im Förderungsantrag enthaltenen, die Förderungswerberin / den Förderungswerber betreffenden personenbezogenen Daten gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. b Datenschutz-Grundverordnung für Zwecke der Anbahnung und des Abschlusses des Förderungsvertrages automationsunterstützt zu verarbeiten. Diese verarbeiteten Daten werden in Anlehnung an die steuerrechtlichen Vorgaben sieben Jahre gespeichert.
13. Die Förderungswerberin / der Förderungswerber nimmt zur Kenntnis, dass auf der Datenschutz-Informationsseite der fördernden Stelle (<https://datenschutz.stmk.gv.at>) alle relevanten Informationen insbesondere zu folgenden der förderungswerbenden Person betreffenden Punkten veröffentlicht sind:
    * zu den ihr/ihm zustehenden Rechten auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerruf und Widerspruch sowie auf Datenübertragbarkeit;
    * zum ihr/ihm zustehenden Beschwerderecht bei der Österreichischen Datenschutzbehörde;
    * zur/zum Verantwortlichen der Verarbeitung und zur/zum Datenschutzbeauftragten.
14. Die Förderungswerberin / der Förderungswerber verpflichtet sich mit der Unterschrift, in Ausübung ihrer/seiner Tätigkeit, die Menschenwürde und grundlegende Menschenrechte zu achten, und stellt damit sicher, dass Menschen nicht ausgegrenzt, herabwürdigend behandelt oder benachteiligt bzw. nicht unzulässig bevorzugt werden.

# Mit meiner Unterschrift erkläre ich als vertretungsbefugte Person der Förderungswerberin / des Förderungswerbers, dass ich die Förderungsrichtlinien des Gesundheitsressorts gelesen und beachtet sowie alle in diesem Antrag gemachten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig getätigt habe.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | am |  |
| Ort |  | Datum |

|  |
| --- |
|  |
| Unterschrift und Stampiglie  Förderungswerberin / Förderungswerber bzw. bevollmächtigte Person |

1. Bitte beachten Sie die nicht förderungsfähigen Kosten, wie in Pkt. 6 der Förderungsrichtlinie ausgeführt. [↑](#footnote-ref-1)