

Antrag

auf Förderung nach KaFöG

„Kassenübergreifende Förderung von Mikroprojekten für Gesundheit“

Titel des Projektes

--

Antragstellende Institution

Institution bzw. Träger der Einrichtung:	
Ansprechperson:	
Anschrift:	
Telefon:	E-Mail:

Ort, Datum

--

gefördert von



Kassel documenta Stadt

Stadt Kassel	Stadtteil:
Landkreis Kassel	Gemeinde:

Geplanter Projektbeginn:		Geplantes Projektende:	
--------------------------	--	------------------------	--

Laufzeit des Projektes:	Monate	
-------------------------	--------	--

1. Das Projekt wird in folgender/n Einrichtung(en) durchgeführt (falls abweichend zur antragstellenden Institution):

2. Welche Gründe gibt es, das geplante Projekt durchzuführen?

3. Themenschwerpunkte/Handlungsfelder (Mehrfachnennung möglich)

Bewegung

Stressbewältigung/Entspannung

Ernährung

Training sozial-emotionaler Kompetenzen

Sucht

anderer Bereich (bitte nennen):

4. Mit dem Projekt werden sowohl verhältnis- als auch verhaltensbezogene Ziele verfolgt.

4.1 Bitte erläutern Sie die verhältnisbezogenen Ziele etwas konkreter.

(gesundheitsförderliche Umgestaltung von Rahmenbedingungen)

Erläuterung/Beispiele:

4.2 Bitte erläutern Sie die verhaltensbezogenen Ziele etwas konkreter.

(Vermittlung gesundheitsbezogener Informationen und/oder praktische Fertigkeiten, Hal-
tungs-, Entscheidungs- oder Selbstwahrnehmungskompetenzen)

Erläuterung/Beispiele:

5. Die genannten Ziele unter 4. beabsichtigen wir mit folgenden Maßnahmen zu erreichen:

6. An welche Zielgruppe/n richtet sich Ihr Projekt und wie viele Personen werden voraussichtlich erreicht?

Zielgruppe	Anzahl Personen
_____	_____
_____	_____
_____	_____

7. Projektbeschreibung (Falls der Platz nicht reicht, bitte Anhang anfügen!):

8. Sollen Fachkräfte in das Projekt eingebunden werden?

ja (bitte nennen und Qualifikationsnachweis anfügen)

nein

Name:	
Anschrift:	
Telefon:	E-Mail:

Name:	
Anschrift:	
Telefon:	E-Mail:

9. Sollen andere Stellen (z.B. Sportverein, Schule) in das Projekt einbezogen werden?

ja (bitte nennen)

nein

Name:	
Anschrift:	
Telefon:	E-Mail:

Name:	
Anschrift:	
Telefon:	E-Mail:

10. Finanzierung (Bitte Formular Finanzplan ausgefüllt beifügen!)

Geplante Gesamtkosten		Euro
Eigenmittel (siehe 11.)	-	_____ Euro
Fördergelder anderer Institutionen (siehe 11.1)	-	_____ Euro
Beantragte Fördersumme	=	_____ Euro

11. Welche finanziellen Eigenmittel und/oder geldwerte Leistungen (z.B. Fitnessraum, Personalstunden) werden in die Finanzierung eingebracht?

11.1 Werden für das Projekt weitere Fördergelder beantragt?

ja

nein

wenn ja:

Name der Institution

Betrag

Euro

Euro

Euro

11.2 Ist die antragstellende Institution zum Vorsteuerabzug berechtigt?

ja

nein

11.3 Die Mittel sollen auf folgendes Konto überwiesen werden:

Geldinstitut

Kontoinhabende Person

IBAN

12. Wie soll der Erfolg des Projektes gemessen werden?

13. Mit welchen Maßnahmen soll das Projekt verstetigt werden?

Die antragstellende Person versichert hiermit, dass die Fördermittel ausschließlich für das genannte Projekt verwendet werden. Die Gelder werden wirtschaftlich eingesetzt.

Sollten die tatsächlichen Kosten des geplanten Projektes geringer ausfallen, als die erhaltenen Förderbeträge, so verpflichtet sich die antragstellende Person, den entsprechenden Anteil des Förderbetrags zurück zu erstatten.

Ort, Datum

Unterschrift der gesetzlichen Vertretung

Bitte senden Sie den ausgefüllten und unterschriebenen Antrag postalisch an:

Gesundheitsamt Region Kassel
Julia Kretschmer
Wilhelmshöher Allee 19-21
34117 Kassel

sowie in digitaler Form (PDF-Datei) an: julia.kretschmer@kassel.de

oder per Fax: 0561 787 1914

Informationen erhalten Sie unter: 0561 787 4201

Dieser Abschnitt wird vom Gesundheitsamt Region Kassel ausgefüllt!

Eingang des Antrags:

Unterschrift:
