

Antrag auf Förderung für ambulante Hospizdienste gemäß § 39a
Abs. 2 SGB V

1. Strukturelle Angaben

Name des Hospizdienstes	
Anschrift des Hospizdienstes	
Ansprechpartner	
Telefonnummer	
E-Mailadresse	

2. Angaben zu den Förderungsvoraussetzungen entsprechend der Rahmenvereinbarung nach § 39 a Abs. 2 SGB V

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

3. Angaben zur verantwortlichen Kraft

Name, Vorname	
Berufsbezeichnung	
Beschäftigungsumfang in Stunden	

Hauptberufliche Tätigkeit (mindestens 3 Jahre, berufspraktische Nachweise)	
Zeitpunkt Abschluss des Koordinatorenseminars	
Zeitpunkt Abschluss des Seminars Führungskompetenz	
Zeitpunkt Abschluss der Palliativ-Care-Weiterbildung	

Nachweise für die hauptberufliche Tätigkeit, das Koordinatorensseminar, das Seminar Führungskompetenz und die Palliativ-Care-Weiterbildung müssen nur bei neuen verantwortlichen Kräften eingereicht werden. Änderungen im Beschäftigungsumfang müssen durch den aktualisierten Arbeitsvertrag angezeigt werden. Ein Ausscheiden der verantwortlichen Kraft ist umgehend anzuzeigen.

4. Weitere hauptamtliche Kräfte

Name, Vorname	
Beschäftigungsumfang in Stunden	
Name, Vorname	
Beschäftigungsumfang in Stunden	
Name, Vorname	
Beschäftigungsumfang in Stunden	

Die weiteren hauptamtlichen Fachkräfte müssen dieselben Voraussetzungen, wie die verantwortliche Fachkraft erfüllen. Die entsprechenden Nachweise sind nur bei einer Neueinstellung an die Krankenkassen bzw. Krankenkassenverbände zu übersenden. Für hauptamtlich eingestellte Fachkräfte vor dem 01.01.2011 gilt allerdings Bestandsschutz. Die ambulanten Hospizdienste sollen aber auf eine entsprechende Qualifikation dieser Kräfte hinwirken.

5. Angaben zur Berechnung der Fördersumme

Anzahl der am 31.12 des Vorjahres einsatzbereiten ehrenamtlichen Personen	
---	--

Anzahl der im Vorjahr abgeschlossenen Sterbebegleitungen	
--	--

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

Personalkosten	
Externe Schulungskosten	
Kosten für Supervision	
Fahrtkosten für Hauptamtliche Kräfte	

Gesamtkosten	
--------------	--

Dem Förderantrag soll eine Kostenaufstellung, unterteilt in die vier o. g. Rubriken, beigelegt werden. Der Hospiz- und Palliativverband Schleswig-Holstein e. V. und die schleswig-holsteinischen Krankenkassen / -verbände haben eine Liste über förderungsfähige bzw. nicht förderungsfähige Kosten für ambulante Hospizdienste erarbeitet. Diese wird bei Bedarf jährlich aktualisiert. Für das abgelaufene Jahr müssen die ambulanten Hospizdienste die Kosten bis zum 31.1. des Folgejahres in folgender Form nachweisen:

- Personalkosten: Gehaltsnachweis aus dem Monat Dezember für alle hauptamtlichen Kräfte
- Externe Schulungskosten: Kopien der Rechnungen der externen Fortbildungsmaßnahmen
- Kosten Supervision: Kopien der Rechnungen der externen Supervision
- Fahrtkosten: Nachweis nur auf Aufforderung

7. Bankverbindung

Kontoinhaber	
Bankinstitut	
Bankleitzahl	

Kontonummer	
-------------	--

Der Antragsteller versichert, dass alle Voraussetzungen und Anforderungen der jeweils aktuell gültigen Rahmenvereinbarung nach § 39 a Abs. 2 Satz 7 SGB V umgesetzt werden.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)

Anlage 1: Bescheinigung über die Einsatzbereitschaft ehrenamtlicher Personen im Sinne von § 6 Abs. 2 Satz 5 der Rahmenvereinbarung

Anlage 2: Die Nachweise über die geleisteten Sterbebegleitungen im Sinne von § 6 Abs. 2 Satz 7 der Rahmenvereinbarung sind an die von den Landesverbänden der Krankenkassen zu senden. Eine Gesamtaufstellung nach Kassenverbänden (AOK, BKK, IKK, Knappschaft, LKK, vdek) geht an den vdek.

Anlage 2 zum Förderantrag gemäß § 39a Abs. 2 SGB V

Nachweis über die geleisteten Sterbebegleitungen im Sinne von § 6 Abs. 2 Satz 7 der Rahmenvereinbarung

Name des Hospizdienstes	
Straße und Hausnummer	
PLZ und Ort	

Im Förderjahr wurden bei den nachfolgend aufgeführten Versicherten Sterbebegleitungen im Sinne der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 03.09.2002 i. d. F. vom 14.04.2010 durchgeführt:

Name	Vorname	Geburtsdatum	Beginn der Sterbebegleit.	Ende der Sterbebegleit.

.....
(Datum)

.....
(Name, Vorname)

.....
(Unterschrift)

