



Teil A: Antragsteller/-in

A1. Antragstellende Organisation

| The systements organisation | |
|---|--|
| Name der Organisation | |
| Adresse | |
| Postleitzahl | |
| Ort | |
| Telefon | |
| Website | |
| E-Mail | |
| Projekt- IBAN | |
| BIC | |
| Name des Bankinstituts | |
| Stammzahl / Ordnungsnummer des Ergänzungsregisters für sonstige Betroffene (ERsB) | |
| Name der Kontaktperson | |
| E-Mail der Kontaktperson | |
| Telefonnummer der Kontaktperson | |
| | |

|--|

| A2. | Bundesland | |
|-------------------|---|-----------|
| | Burgenland | |
| | Kärnten | |
| | Niederösterreich | |
| | Oberösterreich | |
| | Salzburg | |
| | Steiermark | |
| | Tirol | |
| | Vorarlberg | |
| | Wien | |
| A3. | Welche Rechtsform hat die antragstellende Organisation? | |
| | Sozialhilfeverba ss von Stadt Gemeinde nd Gemeinden | Sonstiges |
| A / | Dibba ladas Cia bias (falla bassiba washandas) dan Dasablwas dan | |
| A4. | Bitte laden Sie hier (falls bereits vorhanden) den Beschluss der antragstellenden Gemeinde, Stadt oder des Sozialhilfeverbandes, Zusammenschlusses von Gemeinden zur Durchführung des hier beantragten Projektes (z.B. ARGE-Vertrag) hoch. Dieser kann auch per E-Mail (cn@goeg.at) nachgereicht werden. | |
| | | |
| A5. | Haben Sie eine inhaltliche Stellungnahme, Unterstützungserklärung oder ähnliches von anderen Gebietskörperschaften, wissenschaftlichen Institutionen, Interessensvertretungen etc. zu Ihrem Projekt? | |
| A5. | oder ähnliches von anderen Gebietskörperschaften, wissenschaftlichen Institutionen, Interessensvertretungen etc. zu | |
| A5. | oder ähnliches von anderen Gebietskörperschaften, wissenschaftlichen Institutionen, Interessensvertretungen etc. zu Ihrem Projekt? | |
| A5. A6. A7. | oder ähnliches von anderen Gebietskörperschaften, wissenschaftlichen Institutionen, Interessensvertretungen etc. zu Ihrem Projekt? | |
| A6. | oder ähnliches von anderen Gebietskörperschaften, wissenschaftlichen Institutionen, Interessensvertretungen etc. zu Ihrem Projekt? Ja Nein Bitte laden Sie hier diese Stellungnahme hoch. Geben Sie bitte die zeichnungsberechtige Vertreterin/den zeichnungsberechtigten Vertreter der antragstellenden Organisation | |
| A6. | oder ähnliches von anderen Gebietskörperschaften, wissenschaftlichen Institutionen, Interessensvertretungen etc. zu Ihrem Projekt? Ja Nein Bitte laden Sie hier diese Stellungnahme hoch. Geben Sie bitte die zeichnungsberechtige Vertreterin/den zeichnungsberechtigten Vertreter der antragstellenden Organisation an. Angaben zur Projektleitung | |
| A6. A7. | oder ähnliches von anderen Gebietskörperschaften, wissenschaftlichen Institutionen, Interessensvertretungen etc. zu Ihrem Projekt? Ja Nein Bitte laden Sie hier diese Stellungnahme hoch. Geben Sie bitte die zeichnungsberechtige Vertreterin/den zeichnungsberechtigten Vertreter der antragstellenden Organisation an. | |
| A6. A7. | oder ähnliches von anderen Gebietskörperschaften, wissenschaftlichen Institutionen, Interessensvertretungen etc. zu Ihrem Projekt? Ja Nein Bitte laden Sie hier diese Stellungnahme hoch. Geben Sie bitte die zeichnungsberechtige Vertreterin/den zeichnungsberechtigten Vertreter der antragstellenden Organisation an. Angaben zur Projektleitung | |



| A9. | Bei welcher Organisation/Einrichtung oder welchem Verbund ist die Projektleitung angesiedelt? |
|---------|--|
| | Zusammenschlu Firma für Projekt Sozialhilfeverba ss von management Trägerverein Stadt Gemeinde nd Gemeinden mobiler Dienste Sonstiges |
| 410. | An welche E-Mail soll die Bestätigung, dass Ihr Antrag eingegangen |
| | ist, gesendet werden? |
| Teil | B: Projektkonzept |
| B1. | Titel des Projekts: |
| | |
| B2. | Bitte kreuzen Sie an, auf welches kommunale Setting Ihr Projekt abzielt |
| Communi | vrojekt soll auf das kommunale Setting, demnach auf eine Gemeinde, eine Stadt, einen Stadtteil oder auch eine Region fokussieren. Eine ty Nurse (1 Vollzeitäquivalent) ist für eine Bevölkerungszahl von 3.000-5.000 Personen vorgesehen, eine Gemeinde, Stadt oder everband kann auch, je nach Größe, Mittel für weniger oder mehrere Community Nurses beantragen Ganze Politis Gemei Region im Sozial hilfeverb Ganze Gemei cher Stadtt ndebe Bezirk eil zirk and Gemeinde ges |
| ВЗ. | Bitte geben Sie die genaue Bevölkerungszahl (Hauptwohnsitz) in der Projektregion an: |
| | |
| B4. | Bitte geben Sie die Anzahl (absolute Zahl) an Einwohner/-innen über 75 Jahre (Hauptwohnsitz) in dieser Projektregion an: |
| B5. | Bitte beschreiben Sie die von Ihnen gewählte Projektregion hinsichtlich der Bevölkerungsstruktur, geographischer und anderer Besonderheiten. |
| | |



B6. Projektbedarf

Bitte begründen Sie an dieser Stelle den Projektbedarf in Ihrer Projektregion. Dies umfasst die Beschreibung der aktuellen Herausforderungen und Rahmenbedingungen in der spezifischen Pilotregion im Bereich Gesundheit und Pflege, die Beschreibung der primären Zielgruppen hinsichtlich besonderer Problemlagen und eine daraus resultierende Begründung des Bedarfs für den Einsatz einer/mehrerer Community Nurses (diplomierter Gesundheits- und Krankenpflegepersonen) in der spezifischen Pilotregion.

| | E-Mobilität | | | | | | | |
|----|---|---|--------------------------------------|-------------------------------|---------------|--------------------|---------|--------|
| | Bitte geben Sie nachfolgend an, welche Mittel zu die Umsetzung von Community Nursing in Ihrer (genaue Zahl angeben - 0 (Null) wenn kein Beda | Pilotre arf): | gion | bean | itrag | gen | | |
| N | lähere Details dazu entnehmen Sie bitte der Sonderrichtlinie für den österreichisch | | u- und F munity I | | | | | |
| | Wie viele E-Autos beantragen Sie? | | ornicy 1 | TOT STITLING | gerridis | , (0101 | | 9 202 |
| | Wie viele E-Bikes beantragen Sie? | | | | | | | |
| U. | Möchten Sie in Ihrem Projekt das Augenmerk üt Hauptzielgruppe hinaus auf weitere Zielgruppen bitte beschreiben Sie hier die erweiterte Zielgruf die Erweiterung. | lenke ope un | n? W id be | grün | den | | - Ross | tunc |
| Н | Hauptzielgruppe hinaus auf weitere Zielgruppen bitte beschreiben Sie hier die erweiterte Zielgrup die Erweiterung. Jauptzielgruppe sind ältere zu Hause lebende Menschen mit (womöglich) besteher Unterstützungsbedarf in pflegerischen und gesundheitlichen Belangen, Mensch | lenke ope un | n? W nd be vorhand n 75. Le | gründ denem li bensjahi | den nforma | ations- intrete | en eine | er etv |
| Н | Hauptzielgruppe hinaus auf weitere Zielgruppen bitte beschreiben Sie hier die erweiterte Zielgrup die Erweiterung. Jauptzielgruppe sind ältere zu Hause lebende Menschen mit (womöglich) besteher Unterstützungsbedarf in pflegerischen und gesundheitlichen Belangen, Mensch | lenke ope un dem oder den ab der | n? W nd be vorhand n 75. Le | gründ denem li bensjahi | den nforma | ations- intrete | en eine | er etv |



Teil C: Aktivitäten

Die folgende Liste enthält Aktivitäten und Methoden, die im Zuge von Pilotprojekten umgesetzt werden können.

Im "Aufgaben- und Rollenprofil Community Nursing" können Sie den Aufgabebereich von Community Nursing genauer nachlesen. Je nach Herausforderungen Ihrer Projektregion sind vielleicht nur einzelne Aktivitäten und Methoden relevant.

Bitte kreuzen Sie jene an, die aus heutiger Sicht für Sie in Ihrem Projekt besonders wichtig sein werden (Mehrfachantworten möglich)

| C1. | Aktivitäten und Methoden zur Erhebung und zum Monitoring (Zielgruppen identifizieren und Entwicklung beobachten) | |
|------|--|--|
| | Monitoring und Beobachtung | |
| | Sammlung und systematische Analyse von Daten zur Gesundheit der Zielgruppe | |
| | Identifikation interessierter und vulnerabler Personengruppen | |
| | Identifikation von Personen mit nicht erkanntem Pflegebedarf, Gesundheitsrisiko und verdeckten Gesundheitsproblemen | |
| C2. | Aktivitäten und Methoden zu Information, Edukation und Beratung | |
| | Pflegeberatung, Gesundheitsberatung und -förderung sowie Wissensvermittlung | |
| | Konsultationen und Hausbesuche | |
| | Beratung zur Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit und Bewältigung von Pflege und Betreuungsaufgaben | |
| C3. | Aktivitäten und Methoden zu Pflegeinterventionen, Koordination und Vernetzung | |
| | Koordination und Vermittlung individuell angepasster Pflege- und Betreuungsarrangements sowie Gesundheitsförderungsangebote für die Betroffenen und deren Familien sowie Gruppen und Gemeinschaften | |
| | Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen sowie zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit | |
| | Ausführung delegierter Aufgaben unter ärztlicher Aufsicht entsprechend den gesetzlichen Vorgaben | |
| Info | ormation zu und Vermittlung von gesundheitsfördernden, nicht-medizinischen Angebote im wohnortnahen Umfeld (Social Prescribing) | |
| | Vernetzung und Koordination von Versorgungsangeboten für Individuen und Familien | |
| | Stärkung der Gesundheitskompetenz von Individuen und Familien | |
| S | tärkung der Zusammenarbeit von Gesundheits-, Pflege- und Gesundheitsförderungsdienstleisterinnen und -dienstleistern | |
| C4. | Aktivitäten und Methoden im Bereich Fürsprache und Interessensvertretung | |
| | Förderung der sozialen Teilhabe | |
| | Funktion als zentrale Ansprechperson für gesundheitliche und pflegerische Anliegen und betreuende Tätigkeiten | |
| | Erfassung des lokalen/regionalen Informationsbedarfs | |
| | Planung von Informationsangeboten nach regionalen Bedarfen | |
| | Kooperation mit regionalen Pflege-, Gesundheits- und Sozialdienstleisterinnen und -dienstleistern | |
| | Zusammenarheit mit regionalen Netzwerken | |



| | Aktivitäten und Methoden in den Bereichen Bewusstseinsbildung, Vermittlung und Austausch von Informationen sowie | |
|---|---|--|
| | Kompetenzentwicklung in der Pilotregion | |
| | Workshops, Kurse, Seminare, Schulungen | |
| | Informationsveranstaltungen und Tagungen | |
| | Öffentlichkeitsarbeit | |
| | Falls Sie weitere Aktivitäten und Methoden anwenden, bitte geben Sie diese nachfolgend an: | |
| | - Aktivität/Methode: | |
| | Kommentar | |
| | Aktivität/Methode: | |
| | Kommentar | |
| | Aktivität/Methode: | |
| | Kommentar | |
| | Aktivität/Methode: | |
| | Kommentar | |
| | Aktivität/Methode: | |
| | Kommentar | |
| | Aktivität/Methode: | |
| | Kommentar | |
| | Bitte geben Sie an, welche der angegebenen Aktivitäten und Methoden Sie hauptsächlich einzusetzen planen (maximal 3). | |
| | Monitoring und Beobachtung | |
| | Sammlung und systematische Analyse von Daten zur Gesundheit der Zielgruppe | |
| | Identifikation interessierter und vulnerabler Personengruppen | |
| ı | dentifikation von Personen mit nicht erkanntem Pflegebedarf, Gesundheitsrisiko und verdeckten Gesundheitsproblemen | |
| | Pflegeberatung, Gesundheitsberatung und -förderung sowie Wissensvermittlung | |
| | Konsultationen und Hausbesuche | |
| | Beratung zur Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit und Bewältigung von Pflege und Betreuungsaufgaben | |
| | Koordination und Vermittlung individuell angepasster Pflege- und Betreuungsarrangements sowie Gesundheitsförderungsangebote für die Betroffenen und deren Familien sowie Gruppen und Gemeinschaften. | |

| 1181 811 811 | |
|--|------------|
| | |
| Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen sowie zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit | |
| Ausführung delegierter Aufgaben unter ärztlicher Aufsicht entsprechend den gesetzlichen Vorgaben | |
| Information über und Vermittlung von gesundheitsfördernden, nicht-medizinischen Angeboten im wohnortnahen Umfeld (Social Prescribing) | |
| Vernetzung und Koordination von Versorgungsangeboten für Individuen und Familien | |
| Stärkung der Gesundheitskompetenz von Individuen und Familien | |
| Stärkung der Zusammenarbeit von Gesundheits-, Pflege- und Gesundheitsförderungsdienstleisterinnen und -dienstleistern | |
| Förderung der sozialen Teilhabe | |
| Funktion als zentrale Ansprechperson für gesundheitliche und pflegerische Anliegen und betreuende Tätigkeiten | |
| Erfassung des lokalen/regionalen Informationsbedarfs | |
| Planung von Informationsangeboten nach regionalen Bedarfen | |
| Kooperation mit regionalen Pflege-, Gesundheits- und Sozialdienstleisterinnen und -dienstleistern | |
| Zusammenarbeit mit regionalen Netzwerken | |
| Workshops, Kurse, Seminare, Schulungen | |
| Informationsveranstaltungen und Tagungen | |
| Öffentlichkeitsarbeit | |
| Andere: | |
| Andere: | |
| | |
| | |
| Teil D: Beschreibung der Umsetzung der geplanten Aktivitäten und | d Methoden |
| D1. Bitte führen Sie ggfs. an (in max. 1500 Zeichen inkl. Leerzeichen), mit | |
| welchen Einrichtungen aus der Region Sie die Umsetzung des | |
| Pilotprojektes Community Nursing planen bzw. welche einbezogen | |
| werden sollen. Bitte nehmen Sie dazu Bezug auf die Aspekte aus dem Fördercall S.12 Kapitel 3.8. | |
| Forder Call 3.12 Kapiter 3.0. | |
| | |
| | |
| | |

E1. Bitte geben Sie den geplanten Projektbeginn und das geplante Projektende ein:

Teil E: Organisation und Steuerung des Projektes

| geplanter Projektbeginn (TT.MM.JJJJ) | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|--|--|
| geplantes Projektende (TT.MM.JJJJ) | | | | | |

E2. Bitte stellen Sie den zeitlichen Ablauf Ihres Projektes anhand der einzelnen Phasen, Arbeitspakete und zentralen Meilensteine dar. Verwenden Sie dafür die "Vorlage Projektablaufplan".



| | Wenn gewünscht, können Sie hier zusätzliche In Projektablauf anmerken. | format | ioner | zun | n | | | |
|-----------|--|--|--|--|----------------------------|----------|------|---|
| | r rojektabiadi alimerken. | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| il | F: | | | | | | | |
| • | Projektaufbau und Rollen | | | | | | | |
| | Bitte geben Sie an, welche Personen in welchen welchen Aufgaben an der Umsetzung Ihres Proje in welchen Projektgruppen oder -gremien diese Projektteam, Steuerungsgruppe etc.). Verwende "Vorlage Projektrollenliste". Wir empfehlen, dass mindestens zwei Personen besteht, von denen e Gemeinde, Stadt- oder Bezirksverwaltung stamr | ektes b vertret n Sie d s das P ine Per | eteili ten si afür (rojek rson a | gt si nd (; die ttea | z.B. m au | | | |
| | Wenn gewünscht, können Sie hier zusätzliche In | | | zun | n | | | |
| | Projektaufbau und zu den Rollen anmerken. | | | | | | | _ |
| | G: Community Nurses Wie planen Sie die Zusammenarbeit mit der Com | munity | v Nur | se/d | en | | | |
| | Wie planen Sie die Zusammenarbeit mit der Com Community Nurses? | nmunity estelltenver | | | | de | | |
| eil 1. | Wie planen Sie die Zusammenarbeit mit der Com Community Nurses? | - | rhältnis t | ei der | Gemein | | | |
| | Wie planen Sie die Zusammenarbeit mit der Com Community Nurses? | estelltenver n Dienstverl | rhältnis t rhältnis n | ei der nit der | Gemein Gemein | de | | |
| 1. | Wie planen Sie die Zusammenarbeit mit der Com Community Nurses? im Ange im freier in Kooperation m | estelltenver n Dienstverl | rhältnis t hältnis n ilich tätig | ei der nit der er/täti | Gemein Gemein gen DG | de KP | | |
| 1. | Wie planen Sie die Zusammenarbeit mit der Com Community Nurses? im Ange im freier in Kooperation m | estelltenver n Dienstverl it freiberufl | rhältnis t hältnis n ilich tätig | ei der nit der er/täti | Gemein Gemein gen DG | de KP | | |
| | Wie planen Sie die Zusammenarbeit mit der Com Community Nurses? im Ange im freie in Kooperation m in VZÄ/Personen | estelltenver n Dienstverl it freiberufl | rhältnis t hältnis n ilich tätig | ei der nit der er/täti | Gemein Gemein gen DG | de KP | | |
| | Wie planen Sie die Zusammenarbeit mit der Com Community Nurses? im Ang im freier in Kooperation m in VZÄ/Personen VZÄ: Personenanzahl angekaufte Leistungsstunden /Personen bei Ko | estelltenver n Dienstverl it freiberufl Kooperation | rhältnis t hältnis n lich tätig n mit eir | ei der nit der er/täti em Trä | Gemein Gemein gen DG | de KP | | |
| 1. | Wie planen Sie die Zusammenarbeit mit der Com Community Nurses? im Ange im freier in Kooperation m in VZÄ/Personen VZÄ: Personenanzahl | estelltenver n Dienstverl it freiberufl Kooperation | rhältnis t hältnis n lich tätig n mit eir | ei der nit der er/täti em Trä | Gemein Gemein gen DG | de KP | | |
| 1. | Wie planen Sie die Zusammenarbeit mit der Com Community Nurses? im Ang. im freie in Kooperation m in VZÄ/Personen VZÄ: Personenanzahl angekaufte Leistungsstunden /Personen bei Ko Trägerverein | estelltenver n Dienstverl it freiberufl Kooperation | rhältnis t hältnis n lich tätig n mit eir | ei der nit der er/täti em Trä | Gemein Gemein gen DG | de KP | | |
| 1. | Wie planen Sie die Zusammenarbeit mit der Com Community Nurses? im Ang. im freier in Kooperation m in VZÄ/Personen VZÄ: Personenanzahl angekaufte Leistungsstunden /Personen bei Ko Trägerverein angekaufte Leistungsstunden pro Jahr | estelltenver n Dienstverl it freiberufl Kooperation | rhältnis t hältnis n lich tätig n mit eir | it | Gemein Gemein gen DG | de KP | | |
| 1. 2. | Wie planen Sie die Zusammenarbeit mit der Com Community Nurses? im Ang im freie in Kooperation m in VZÄ/Personen VZÄ: Personenanzahl angekaufte Leistungsstunden / Personen bei Ko Trägerverein angekaufte Leistungsstunden / Personen bei Ko Trägerverein | estelltenver n Dienstverl it freiberufl Kooperation | rhältnis t hältnis n lich tätig n mit eir | it | Gemein Gemein gen DG | de KP | | |
| | Wie planen Sie die Zusammenarbeit mit der Com Community Nurses? im Ange im freier in Kooperation m in VZÄ/Personen VZÄ: Personenanzahl angekaufte Leistungsstunden /Personen bei Ko Trägerverein angekaufte Leistungsstunden /Personen bei Ko Freiberuflichen | estelltenver n Dienstverl it freiberufl Kooperation | rhältnis t hältnis n lich tätig n mit eir | it | Gemein Gemein gen DG | de KP | | |



| G5. | angekaufte Leistungsstunden /Personen bei frei | iem Di | enstve | erhäl | tnis | | | | |
|--------|--|--------------------------|-------------------|-------------|------------|--|--------|---------|-----|
| | angekaufte Leistungsstunden pro Jahr | | | | | | | | |
| | Personenanzahl | | | | | | | | |
| G6. | Bitte laden Sie die Voraussetzungen für die Ausü Community Nurse hoch, sofern bereits vorliegen | _ | der Ro | lle d | er | <u>, </u> | - | , | |
| | Nachweis der Eintragung im Gesundheitsberufer einer mindestens zweijährigen Berufserfahrung facheinschlägigen Bereich (Familien-, Gruppen-, Bevölkerungsorientierung, gerontologische Fach Bitte führen Sie vorab beide Dokumente in ein Dokument zu | in eine und experl | em :ise et | c.) | | hochg | elader | ı werde | en. |
| Teil l | H: Verbreitung der Projektergebnisse | | | | | | | | |
| Н1. | Stellen Sie bitte dar, wie Sie die Ergebnisse und Ihrem Projekt sichtbar machen und verbreiten m von Zeitungsberichten, Veranstaltungen, Projekt Webseiten oder eines anderen Produkts, das aus | öchte: brosch | n, z.B. nüren, | in Fo | | it | | | |
| Teil l | : Dokumentation und Evaluation | | | | | | | | |
| 1. | Der FGÖ und die GÖG stellen Berichtsvorlagen fü zur Verfügung. Bitte beschreiben Sie, wie die Do Projektaktivitäten – als Grundlage für die später Ihrerseits vorgesehen ist (z.B. Teilnahmelisten be Fotos, Sitzungsprotokolle, Tätigkeitserfassung). | kumer e Beri | itation chtsle | der gung |) - | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | |
| | Wie überprüfen Sie selbst, ob Ihr Projekt erfolgre hinaus ist eine Mitarbeit an einer externen Evalu Darauf wird in einem späteren Punkt im Fördera genommen.) | ation ' | vorges | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

G5.



Teil J: Kurzbeschreibung des Projektes

J1. Bitte beschreiben Sie Ihr Projektvorhaben zusammenfassend in einigen Absätzen (max. 2.200 Zeichen inkl. Leerzeichen). Im Falle einer Förderzusage wird diese Kurzbeschreibung der Öffentlichkeit im Internet zugänglich gemacht. Die Beschreibung soll die wichtigsten Informationen zu folgenden Punkten enthalten: Zielsetzung Setting(s) und Zielgruppe(n) Geplante Aktivitäten und Methoden Zentrale Kooperationspartner/-innen des Projekts J2. Bei Bedarf haben Sie hier die Möglichkeit, sonstige Anmerkungen zum Projektantrag mitzuteilen. J3. Bei Bedarf haben Sie hier die Möglichkeit weitere Dokumente hochzuladen. **Teil K:** Bereitschaft zum Erfüllen formaler Kriterien Im Zuge des Projektes sind formale Kriterien zu erfüllen. Wir bitten Sie, Ihre Bereitschaft diese zu erfüllen nachfolgend zu bestätigen. 1. Bereitschaft der Förderwerber/-innen (Gemeinden etc.) zur fristgerechten und vertraglich geregelten Vorlage inhaltlicher (Leistungsdokumentation und "Minimum-Data-Set") und kaufmännischer Zwischen- und Abschlussberichte (die Dokumentation und Datenerfassung erfolgt entsprechend dem Berufsgesetz der Diplomierten Gesundheits-und Krankenpflegeperson gemäß Gesundheits- und Krankenpflegegesetz [GuKG] i.d.g.F. §5 sowie nach den Vorgaben der Datenschutzgrundverordnung [DSGVO]). ad 1.) Die Leistungsdokumentation ist von der Fördernehmerin/dem Fördernehmer freizugeben. ad 1.) Entwicklungsbericht zu den Zielsetzungen auf Ebene der Gemeinden ist gemeinsam zwischen Fördernehmer/-in und Community Nurse zu erstellen ad 1.) Dokumentation des "Minimum Data-Set" wird im Projektverlauf erarbeitet und festgelegt. 2. Verwendung des Corporate Designs des BMSGPK für Community Nursing und Sichtbarmachung der Unionsförderung insbesondere im Rahmen von Informationskampagnen indem das Unionslogo und ein entsprechender Hinweis auf die Finanzierung mit dem Wortlaut "Finanziert von der Europäischen Union – NextGenerationEU" platziert werden (Das Logo wird mit Vertragsübermittlung zur Verfügung gestellt.) 3. Bereitschaft der Gemeinde und der Community Nurse zur Mitwirkung an der externen Evaluation.

4. Teilnahme der Community Nurse an den Schulungs- und Vernetzungsangeboten der nationalen Koordinierungsstelle.

5. Bereitschaft der Community Nurse zur Übermittlung der vereinbarten Leistungsdokumentation



Teil L: Projektbudget

Die Fördervergabe erfolgt auf Grundlage der Sonderrichtlinie für den österreichischen Aufbau- und Resilienzplan (Maßnahme Community Nursing) sowie der allgemeinen Rahmenrichtlinie für die Gewährung von Förderungen aus Bundesmitteln (ARR 2014, i.d.g.F). Geringfügige Abweichungen der Förderbedingungen durch die Förderung seitens des BMSGPK und des Fonds Gesundes Österreich werden in den jeweiligen Förderverträgen spezifiziert (z.B. Logoregelungen).

Da die im Fördercall eingesetzten Fördermittel öffentliche Gelder darstellen, ist zu beachten, dass bei der Vergabe von Aufträgen im Rahmen einer Förderung das Vergaberecht zu berücksichtigen ist. Im Rahmen der Förderung ist eine Abrechnung von Personal-, Honorar- und Sachkosten möglich, die sich eindeutig dem Projekt zuordnen lassen und für die, abgesehen von den auf Basis der Förderrichtlinie zulässigen Pauschalabrechnungen, Rechnungen samt entsprechenden Zahlungsnachweisen vorgelegt werden können. Die näheren Informationen zur Budgetierung entnehmen Sie bitte der Sonderrichtlinie für den österreichischen Aufbau- und Resilienzplan – Maßnahme Community Nursing gemäß Verordnung 2021/241.

L1. Budgetvorlage und Upload

Bitte erstellen Sie in der Budgetvorlage (EXCEL-Format) ein Budget mit einer detaillierten Auflistung aller geplanten im Rahmen des Projekts anfallenden Ausgabenpositionen und laden Sie dieses im vorgegebenen Feld hoch.

Damit die budgetierten Beträge nachvollziehbar sind, führen Sie bitte auch die Kalkulationsgrundlage der jeweiligen Budgetbeträge an, und geben Sie uns diesbezüglich relevante Information bekannt (z.B. Angabe von Stunden- bzw. Tagsätze, Anzahl der Stunden bzw. Tage, der Einzelbeträge etc.) In der Hilfestellung finden Sie eine verpflichtend zu verwendende "Budgetvorlage" zur Befüllung.

L2. Bereits vorhandene Angebote

Bereits vorliegende Angebote zu den in der Budgetplanung (EXCEL-Datei) angeführten Ausgabenpositionen laden Sie hier bitte ebenfalls hoch.

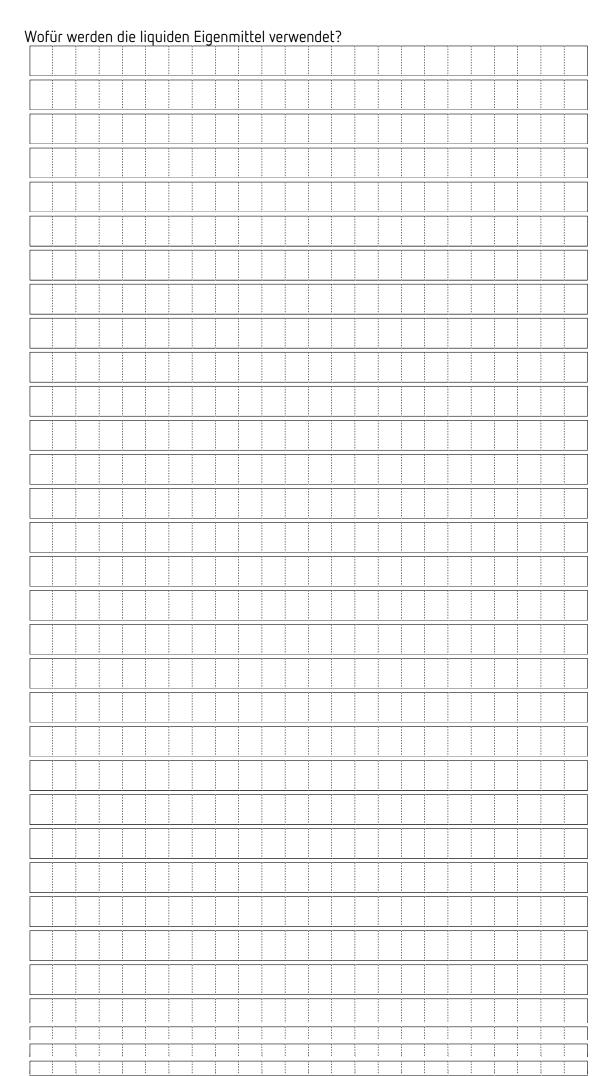
Für die gesamte Projektlaufzeit/—umsetzung und sofern nicht vergabegesetzlich geregelt gilt: Bei Vergaben (externe Honorare, Sachkosten) ab einer Auftragssumme von über €5.000,-- (Netto-Summe) muss mindestens ein Angebot eingeholt werden. Ab einer Auftragssumme von über €10.000,-- (Netto-Summe) müssen mindestens zwei vergleichbare Angebote eingeholt werden. Die Vorlage der Angebote seitens der fördernehmenden Stelle und Überprüfung seitens der fördergebenden Stelle kann auch im Zuge der Zwischen- und Endberichtslegungen erfolgen.

| L3. | Welche Fördersumme beantragen Sie hiermit (in Euro)? | |
|-----|--|--|
| | | |
| L4. | Kommen liquide Eigenmittel im Projekt zur Anwendung? | |
| | | |

| Ja | Щ |
|------|---|
| lein | |



L5.





| L6. | Haben Sie auch bei anderen Stellen/Einrichtungen Förderansuchen gestellt? | | | |
|------|---|--|--|--|
| | Ja 💮 | | | |
| | Nein Nein | | | |
| L7. | Bei welchen anderen Stellen/Einrichtungen haben Sie Förderansuchen zu diesem Projekt gestellt? | | | |
| | , , | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| L8. | Um welchen Betrag in € haben Sie um zusätzliche Fördermittel angesucht? | | | |
| | | | | |
| L9. | .9. Gibt es sonstige (geplante) projektbezogene Finanzierungen? | | | |
| | Ja 🔲 | | | |
| | Nein Nein | | | |
| L10. | | | | |
| | Andere Geldgeber/-innen | | | |
| | Betrag in Euro | | | |
| L11. | Bitte laden Sie hier das ausgefüllte und unterzeichnete Unterschriftenblatt hoch. Die Vorlage hierzu finden Sie in der Hilfestellung. | | | |
| | 3 | | | |

Ihre Eingaben wurden erfasst und an uns übermittelt.