



An die  
Geschäftsstelle des Kärntner Gesundheitsfonds  
Bahnhofstraße 24/6. Stock  
A - 9020 Klagenfurt am Wörthersee

### **Antragsformular**

für die Gewährung eines Förderbeitrages des Kärntner Gesundheitsförderungsfonds  
für Projekte mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention

Beschlossen von der Landes-Zielsteuerungskommission am 30.10.2017

## **ANTRAG**

### **auf Gewährung von Mitteln des Kärntner Gesundheitsförderungsfonds für Projekte mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Primärprävention**

Wir ersuchen Sie den Antrag vollständig auszufüllen. Beilagen ersetzen nicht die Angaben im Formular. Ein nicht vollständig ausgefülltes Antragsformular kann bei der Mittelvergabe des Kärntner Gesundheitsförderungsfonds nicht berücksichtigt werden. Auf die Einhaltung der „Förderrichtlinie des Kärntner Gesundheitsförderungsfonds“, die Landesgesundheitsziele Kärnten und die Landesgesundheitsförderungsstrategie Kärnten wird hingewiesen.

Das Antragsformular, eine ausführliche Projektbeschreibung, ein Projektmanagementplan, ein vollständiger Kosten- und Finanzierungsplan, ein Maßnahmenplan (Vorlage) und rechtsgültige Unterschriften von Projektpartnern sind per Post und auf elektronischem Wege an:

An den Kärntner Gesundheitsfonds:  
z.H. Fr. Semiramis D'Angiό, Bsc, M.A., MPH, uPM  
([kaerntner.gesundheitsfonds@kgf.at](mailto:kaerntner.gesundheitsfonds@kgf.at))  
Bahnhofstraße 24/6  
9020 Klagenfurt zu übermitteln.

Beim Ausfüllen des Antrages und der beigelegten Projektbeschreibung vermeiden Sie bitte Abkürzungen und formulieren Sie Ihren Text für Dritte verständlich.

<b>ANTRAGSTELLER/IN</b>	
<b>Unterstützung durch die Kurie (wenn bekannt):</b>	Sozialversicherung Land Kärnten Besprochen am ...../...../.....  Kontaktperson der Kurie: .....
<b>ProjekträgerIn (Name/Verein/Institution):</b>	
<b>ProjektleiterIn:</b>	
<b>Adresse (Straße, Hausnr., PLZ, Ort):</b>	
<b>Telefon:</b>	
<b>Fax:</b>	
<b>E-Mail:</b>	
<b>Website:</b>	
<b>Bankverbindung:</b>	IBAN: .....
	BIC: .....
	Konto lautend auf: .....
<b>Kooperationspartner:</b>	

Falls sich verschiedene Organisationen zu einer Trägerschaft oder Kooperation zusammengeschlossen haben, bitten wir um Angabe aller beteiligten Organisationen:

--

<b>BASISDATEN DES PROJEKTS</b>	
<b>Titel des Projekts</b> <b>Laufzeit von – bis</b> <b>(Datumsformat</b> <b>TT.MM.JJJJ)</b>	
<b>Durchführung:</b>	<input type="checkbox"/> Projekt wird erstmalig durchgeführt <input type="checkbox"/> Folgeprojekt (erstmalige Förderung durch den KGF)
<b>Gesamtprojektkosten:</b> <b>(ein vollständiger</b> <b>Finanzierungsplan ist</b> <b>dem Antrag</b> <b>verpflichtend</b> <b>beizulegen)</b>	
<b>Beantragte KGF</b> <b>Fördersumme:</b>	

## **1. AUSGANGSSITUATION**

**Beschreiben Sie Hintergrund und Ausgangssituation Ihres Projektes und begründen Sie den Bedarf und den Nutzen Ihres Projektes (Max. eine DIN A4-Seite mit 2.200 Zeichen.)**

**Welche Institutionen/Einrichtungen führen ähnliche Projekte durch oder bieten ähnliche Maßnahmen wie in ihrem Projekt an?**

**Beschreiben Sie den konzeptuellen Hintergrund, Evidenz, good practice, Literatur etc. auf dem Ihr Projekt bzw. die Maßnahmen und Lösungsansätze in Ihrem Projekt aufbauen.**

## 2. SETTING

**In welchem Setting wird das Projekt umgesetzt?**

Gemeinde/Stadt:

.....

Arbeitsplatz/ Betrieb:

.....

Schule/ andere Bildungseinrichtungen:

.....

Lehr- oder Ausbildungsstätten:

.....

Kindergarten und Kinderbetreuungseinrichtungen:

.....

Krankenhaus:

.....

Gesundheits- und Sozialwesen:

.....

Soziale Systeme (etwa Familie):

.....

Anderes:

.....

**Beschreiben Sie das Setting (örtlich, Institutionen, Anzahl Personen, Entscheidungsträger, Wirkungsbereich, Kernaufgaben etc.):**

**3. Wie und an welchen Gesundheitsdeterminanten setzen die geplanten Maßnahmen in Ihrem Projekt an? Wie und an welchen gesundheitlichen Risikofaktoren setzen die geplanten Maßnahmen in Ihrem Projekt an?**



#### 4. ZIELGRUPPE

**Auf welche der folgenden Altersgruppen zielt Ihr Projekt ab?  
(Mehrfachnennungen sind möglich)**

- 0-4 Jahre
- 5-14 Jahre
- 15-24Jahre
- 25-44 Jahre
- 45-64 Jahre
- 65-84 Jahre
- über 85

**Welches Geschlecht soll als Zielgruppe angesprochen werden?**

- Frauen
- Männer
- Beide Geschlechter

**Welche Zielgruppe im Setting möchten Sie konkret mit Ihrem Vorhaben erreichen (Einschluss- und Ausschlusskriterien)?**

**An welchen Messgrößen und Indikatoren kann erkannt werden, dass die gewünschte Zielgruppe erreicht wird?**

<b>Wie viele Personen soll das Projekt insgesamt erreichen?</b>	
<b>Anzahl Personen, die aktiv am Projekt beteiligt sind (Mitwirkende, MultiplikatorInnen, KooperationspartnerInnen etc.):</b>	
<b>Wie viele Personen werden aus der direkten Zielgruppe erreicht?</b>	
<b>Wie viele Personen werden aus der indirekten Zielgruppe erreicht (z.B. Eltern über Schulkinder; Angehörige über PflegeheimbewohnerInnen)?</b>	

## 5. ZIELSETZUNG DES PROJEKTES

Beschreiben Sie ausführlich die operativen und die strategischen Ziele Ihres Projekts.

Gehen Sie dabei **jedenfalls** auf Ziele im Hinblick zur Erreichung von mehr gesundheitlicher Chancengerechtigkeit und zur Stärkung der Gesundheitskompetenz ein.

Bei den strategischen Zielen soll auf die allgemeine Zielsetzung des Projektes und bei den operativen Zielen konkret auf die einzelnen Zielsetzungen (z.B. auf Maßnahmenebene) eingegangen werden. Die operativen Ziele müssen s.m.a.r.t. (d.h. spezifisch, mess-/überprüfbar, akzeptabel/attraktiv, realistisch, terminiert) sein.

Orientieren Sie sich sofern thematisch zutreffend an den Wirkungszielen und an den strategischen Zielen für Kärnten lt. Landesgesundheitsförderungsstrategie.

Operative Ziele:

Strategische Ziele:

**Wirkungsziele lt. Gesundheitsförderungsstrategie (sofern thematisch zutreffend):**

**Nicht-Ziele des Projekts sind:**

**An welchen Messgrößen und Indikatoren wird erkannt, dass das Projekt erfolgreich umgesetzt wird und die oben formulierten Ziele erreicht wurden?**

## 6. CHANCENGERECHTIGKEIT

Bitte beschreiben Sie detailliert warum und wie Ihr Projekt zu mehr gesundheitlicher Chancengerechtigkeit beiträgt.

## **7. GESUNDHEITSKOMPETENZ**

**Bitte beschreiben Sie detailliert warum und wie Ihr Projekt zu mehr Gesundheitskompetenz in der Kärntner Bevölkerung bzw. in Einrichtungen des Gesundheitswesens beiträgt.**

## 8. PARTIZIPATION

Wie werden Zielgruppe und Entscheidungsträger aus den jeweiligen Settings in die Bedarfsermittlung, Planung und Umsetzung/Bewertung des Angebotes miteinbezogen? (Denken Sie an die Stufen der Partizipation)



## 9. KOOPERATIONSPARTNER UND GESUNDHEITSFÖRDERLICHE GESAMTPOLITIK

Welche regionalen und örtlichen Institutionen (z.B. Stadt, Gemeinde, Schulen, Krankenhäuser, Vereine, Gesundheitsausbildungseinrichtungen) werden in die Planung und Durchführung des Projektes und der Maßnahme miteingebunden? Nennen Sie hier ausführlich die Kooperation und die Ansprechpartner pro Einrichtung.

Legen Sie dem Antrag rechtsgültige Unterschriften der regionalen und örtlichen Projektpartner bei, mit der diese quittieren, dass sie den Antrag vollinhaltlich und hinsichtlich der pekuniären Auswirkungen auf die eigene Institution während und nach dem Projekt kennen (Letter of Intent).

**Werden überregionalen Institutionen werden im Vorhaben eingebunden und inwieweit sind diese involviert? Wenn ja, welche?**

**Legen Sie dem Antrag rechtsgültige Unterschriften der überregionalen Projektpartner bei, mit der diese quittieren, dass sie den Antrag vollinhaltlich und hinsichtlich der pekuniären Auswirkungen auf die eigene Institution während und nach dem Projekt kennen.**

## 10. NACHHALTIGKEIT

**Beschreiben Sie bitte wie Sie die Nachhaltigkeit (Langzeitwirkung) nach Ende des Projektes bzw. des Förderzeitraumes sicherstellen.**

**Wie beabsichtigen Sie eine strukturelle und finanzielle Verankerung des Projekts nach der Förderperiode sicherzustellen?**

## **11. EVALUATION**

**Wie wird Ihr Projekt evaluiert (Evaluationskonzept)? (z.B. Art der Evaluation, Instrumente der Evaluation, Zeitrahmen, Zielgruppe, Auswertungsmethode etc.) Bitte um detaillierte und ausführliche Beschreibung der Evaluation.**

**Wer führt die Evaluation durch (interne oder externe Evaluation)?**

## **12. AUF EINEN BLICK: KURZZUSAMMENFASSUNG DES PROJEKTES**

**Bitte beschreiben Sie kurz das Projekts: Hintergrund, Ziele/Nutzen, Vorgehensweise (Abstract)**

**(max. eine DIN A4-Seite mit 2.200 Zeichen).**

*Eine ausführliche Projektbeschreibung legen Sie bitte dem Antrag als separates Dokument bei.*

## 1. ÜBERBLICK PROJEKTKOSTEN

Einen vollständigen Kosten- und Finanzierungsplan, der auch zu einer Überprüfung der Mittelverwendung herangezogen werden kann, legen Sie dem Antrag bei. Berücksichtigen Sie in Ihrem Kosten- und Finanzierungsplan die in der Förderrichtlinie festgehaltenen Bestimmungen für die verschiedenen Kostenarten.

Bitte geben Sie folgende Projektkosten im Überblick an:

Personalkosten:	gesamt € ..... / davon beim KGF beantragt: € .....
Kosten für Maßnahmen:	gesamt € ..... / davon beim KGF beantragt: € .....
Kosten für Fort- und Weiterbildung:	gesamt € ..... / davon beim KGF beantragt: € .....
Kosten für Werbung Öffentlichkeitsarbeit	gesamt € ..... / davon beim KGF beantragt: € .....
Kosten für Anschaffungen und Investitionen:	gesamt € ..... / davon beim KGF beantragt: € .....
Kosten für Evaluation:	gesamt € ..... / davon beim KGF beantragt: € .....

## FINANZIERUNG

<b>Bei der Geschäftsstelle des Kärntner Gesundheitsfonds beantragte Mittel:</b>	€ .....
<b>Förderung durch andere Organisationen:</b>	€ ..... € ..... € ..... € .....
<b>Eigenmittel Projektträger:</b>	€ .....
<b>Sponsoring:</b>	€ .....
<b>Kostenbeiträge TeilnehmerInnen:</b>	€ .....

<b>Sonstige Erlöse:</b>	€ .....
<b><u>Finanzierung gesamt:</u></b>	€..... =====
<b>Vorsteuerabzugsberechtigung: Bitte kreuzen Sie dementsprechend an!</b>	<input type="checkbox"/> Die maßnahmenumsetzende Organisation ist unecht steuerbefreit <input type="checkbox"/> Die maßnahmenumsetzende Organisation ist echt steuerbefreit <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="checkbox"/> Keine Vorsteuerabzugsberechtigung

<b>BEILAGEN</b>	
Diesem Antrag sind folgende Beilagen angeschlossen:	<input type="checkbox"/> Beschreibung des Projekts (Langversion) inkl. Nachhaltigkeitskonzept <input type="checkbox"/> Projektmanagementplan (inkl. Zeitplan) <input type="checkbox"/> Maßnahmenplan (bitte verwenden Sie die Vorlage) <input type="checkbox"/> Kosten- und Finanzierungsplan <input type="checkbox"/> Rechtsgültige Unterschriften von Projektpartnern <input type="checkbox"/> Kopien von vorhandenen Förderzusagen öffentlicher und privater Stellen <input type="checkbox"/> eventuell weitere Beilagen



**Bemerkungen:**

Der Antragsteller verpflichtet sich mit der Unterzeichnung des Antrages zur Einhaltung der Förderrichtlinie des Kärntner Gesundheitsförderungsfonds.

Im Falle der Gewährung von Mitteln aus dem Gesundheitsförderungsfonds verpflichte(n) ich mich (wir uns):

1. Die Mittel ökonomisch und widmungsgemäß zu verwenden und 12 Monate nach Beginn des Projekts, sowie danach jährlich Berichte zum Verwendungsnachweis (Vorlage der Abrechnung bzw. Originalbelege) bei der Geschäftsstelle des Kärntner Gesundheitsfonds einzubringen.
2. Im Falle einer widmungswidrigen Verwendung der Mittel nach Aufforderung dem Kärntner Gesundheitsfonds ab dem Tag der Zuzählung zurückzahlen und die Rückzahlungspflicht anzuerkennen.
3. Über Wunsch des Kärntner Gesundheitsfonds werde(n) ich (wir) zur Überprüfung der widmungsgemäßen Verwendung dieser Mittel einem allenfalls hierzu beauftragten Organ Einsicht in die Bücher, Belege und Aufzeichnungen gewähren, diesem wahrheitsgemäß Auskunft erteilen, einen übersichtlichen Finanzierungsplan vorlegen und einen Rechnungsabschluss über die Gebarung erbringen.

Ich/Wir bestätige/n, dass alle im vorliegenden Ansuchen und in den Beilagen gemachten Angaben der Wahrheit und der Vollständigkeit entsprechen. Wir bitten sie die Unterschrift mit einem Stempel Ihrer Institution zu unterfertigen.

..... Ort, Datum	..... rechtsgültige Unterfertigung der/des Zeichnungsberechtigten der Institution bzw. Trägerschaft
---------------------	---

..... Ort, Datum	..... Unterschrift der Projektleitung
---------------------	--