

**Antrag auf Gewährung eines Zuschusses für die Unterstützung von ehrenamtlichen Hospizhelfern aus Mitteln der Bayerischen Stiftung Hospiz für das Jahr 2018  
1 Euro Förderung**

**Bitte beachten: Antragstellung nur bis 30.04.2018 möglich**

Anlagen: \_\_ Übersicht der geleisteten Helferstunden  
\_\_ Projektbeschreibung

<b>Antragsteller:</b> (vollständiger Name, vollständige Anschrift)
E-Mail:
<b>Bankverbindung:</b> (mit IBAN, Name des Geldinstitutes)
<b>Rechtsgeschäftlich verantwortlich:</b> (Name, Funktion, Tel.)
<b>Ansprechpartner:</b> (Name, Tel., Fax)
E-Mail:

**Projektbeschreibung (Kurzbeschreibung ggf. auf ein Beiblatt)**

## Fördervoraussetzungen

Eine Förderung nach § 39a Abs. 2 SGB V erfolgt.

Ja  Nein

Die Voraussetzungen für eine Förderung nach 39a Abs. 2 SGB V liegen vor, eine Förderung wird aber nicht beantragt

Ja  Nein

Von 7 fachlich fortgebildeten freiwilligen Helfer/innen wurden im Vorjahr mindestens 600 Stunden Hospizarbeit geleistet.

Ja  Nein

Den freiwilligen Helfer/innen werden Aufwendungen für Vorsorgemaßnahmen bzw. Auslagen erstattet.

Ja  Nein

Die freiwilligen Helfer/innen werden fachlich angeleitet und fortgebildet. Sie können Supervisionen/Praxisbegleitung erhalten.

Ja  Nein

Eine Zusammenarbeit mit Diensten und Einrichtungen zur Versorgung Schwerstkranker, Sterbender erfolgt.

Ja  Nein

Die freiwilligen Helfer/innen sind bei einem Leistungsempfänger oder einem ambulanten sozialpflegerischen Dienst für die Bereiche Betreuung, Pflege, hauswirtschaftliche Hilfen festangestellt.

Ja  Nein

Die in der Hospizarbeit eingesetzten freiwilligen Helfer/innen wurden entsprechend den Vergabegrundsätzen der Bayerischen Stiftung Hospiz fortgebildet und haben die im Antrag angegebenen Stunden abgeleistet.

Ja  Nein

Fördermittel des Freistaates Bayern oder einer anderen Institution werden für den gleichen Leistungszweck beantragt.

Ja  Nein

Die Mittel der „1 Euro Förderung“ 2018 werden überwiegend verwendet für  
(mehrere Möglichkeiten sind denkbar)

Fahrtkostenersatz

Fortbildungen

Supervisionen

ehrenamtlicher Hospizhelfer/innen.

---

(Ort, Datum)

(Rechtsverbindliche Unterschrift des/der zur Vertretung Befugten)