

Landeshauptstadt Dresden
Amt für Gesundheit und Prävention
SG Strategische Gesundheitsplanung
Postfach 12 00 20
01001 Dresden

Sitz: Ostra-Allee 9, 01067 Dresden

Eingangsvermerk - Empfänger

Antrag für ein Gesundheitsförderungsprojekt in Dresden im Quartier _____

Titel des Projektes

Laufzeit des Projektes

Geplanter Projektbeginn

Geplantes Projektende

1. Antragsteller/-in

Institution bzw. Träger der Einrichtung

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Ansprechperson

Telefon

E-Mail

2. Das Projekt wird in folgenden Einrichtungen durchgeführt (falls abweichend):

3. Welche Gründe gibt es, die geplante(n) Maßnahme(n) durchzuführen?

4. Themenschwerpunkte/Handlungsfelder (Mehrfachnennung möglich):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bewegung | <input type="checkbox"/> Stressbewältigung/Entspannung |
| <input type="checkbox"/> Ernährung | <input type="checkbox"/> Sucht |
| <input type="checkbox"/> Training sozial-emotionaler Kompetenzen | <input type="checkbox"/> Querschnittsthema Klimawandel und Gesundheit |
| <input type="checkbox"/> _____ | |

5. Die inhaltliche Ausrichtung der oben genannten Themenschwerpunkte erfolgt sowohl...

Verhältnisbezogen (gesundheitsförderliche Umgestaltung äußerer Rahmenbedingungen)

Erläuterung/Beispiele

... als auch

Verhaltensbezogen (Vermittlung gesundheitsbezogener Informationen, Fähigkeiten, Kompetenzen)

Erläuterung/Beispiele

6. Welche Ziele sollen durch das Projekt erreicht werden?

Ziel 1

Ziel 2

Ziel 3

7. An welche Zielgruppe(n) richtet sich das Projekt und wie viele Personen werden schätzungsweise erreicht?

Zielgruppe

Anzahl

8. Projektbeschreibung

(Falls der Platz nicht ausreicht, bitte Anhang anfügen!)

9. Welche Fachkraft wird in das Projekt eingebunden?

| | |
|------------------|--------|
| Name | |
| Geschäftsadresse | |
| Telefon | E-Mail |

Ist die Fachkraft im Handlungsfeld bereits über die Zentrale Prüfstelle Prävention (ZPP) zertifiziert?

- ☐ Ja **Wenn ja, Kurs-ID (ZPP):** _____
- ☐ Nein **Wenn nein, bitte Qualifikationsnachweise anfügen!**

10. Werden weitere Kooperationspartner einbezogen (z. B. Sportverein, Ämter der Stadtverwaltung, etc.)

- ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

11. Finanzierung (Bitte detaillierten Finanzplan beifügen!)

| | |
|--|------------|
| Geplante Gesamtkosten | _____ Euro |
| Verfügbare Eigenmittel (siehe auch 11.1) | _____ Euro |
| Fördergelder anderer Institutionen (siehe auch 11.2) | _____ Euro |
| Beantragte Fördermittel (Gesundheit im Quartier) | _____ Euro |

11.1 Sonstige Eigenleistungen des Antragstellers (z. B. geldwerte Leistungen)

11.2 Bei welchen Institutionen wurden im Kontext des Projektes ggf. weitere Fördergelder beantragt?

| | |
|----------------------|------------|
| Name der Institution | Betrag |
| _____ | _____ Euro |
| _____ | _____ Euro |

11.3 Ist der Antragsteller zum Vorsteuerabzug berechtigt?

- ☐ Ja ☐ Nein

11.4 Die Mittel sollen auf folgendes Konto überwiesen werden:

| | | |
|------------------|-------|-------|
| Kontoinhaber/-in | | |
| Kreditinstitut | IBAN | BIC |
| _____ | _____ | _____ |

12. Wie wird der Erfolg des Projektes kontrolliert?

13. Mit welchen Maßnahmen wird die Nachhaltigkeit gesichert?

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

| | | |
|------------|---------|---------------------------------|
| Ort, Datum | Stempel | rechtsverbindliche Unterschrift |
|------------|---------|---------------------------------|

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag unterschrieben an oben angegebene Adresse.