|  |
| --- |
| **Anlage 9** zum Antrag auf Förderung ambulanter Hospizarbeit nach § 39a Abs. 2 SGB V |

(entspricht der Anlage 1 der Rahmenvereinbarung)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Förderjahr 2019** |  |  |  |  |  |  |

**Antrag eines Erwachsenenhospizdienstes auf Förderung der ambulanten Kinderhospizarbeit nach § 39a SGB V für das Jahr 2019 im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung mit einem Ambulanten Kinder- und Jugendhospizdienst (ggf. unter dem Dach eines Erwachsenenhospizdienstes)**

Name und Anschrift des Ambulanten Kinder- und Jugendhospizdienstes (Kinderhospizdienst)

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit stellen wir für die ambulante Kinder- und Jugendhospizarbeit unseres ambulanten Erwachsenenhospizdienst einen Förderantrag nach § 39 a Abs. 2 SGB V.

Name und Anschrift des ambulanten Erwachsenenhospizdienstes

|  |  |
| --- | --- |
| Die Kooperationsvereinbarung\* mit dem ambulanten Kinder- und Jugendhospizdienst für die ambulante Kinderhospizarbeit besteht seit:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (bitte bei Änderungen bzw. Erstantragstellung ausfüllen) | Änderung zum Vorjahr  Ja  Nein   \*Die Kooperationsvereinbarung wird auf Verlangen einer Krankenkasse vorgelegt |

|  |  |
| --- | --- |
| Anzahl der qualifizierten, einsatzbereiten, ehrenamtlichen oder hauptamlichen Personen (für Kinder): | (Stichtag: 31.12.2018) |

|  |  |
| --- | --- |
| Anzahl der im Vorjahr geleisteten Begleitungen einer Familie mit einem oder mehreren lebensbedrohlich oder / und lebensverkürzend erkrankten Kindern oder Jugendlichen in Haushalt, in der Familie, in allen stationären Einrichtungen: |  |

Im Förderjahr 2019 wurden bis zum 01.11.2018 die nachfolgenden Begleitungen von Kindern / Jugendlichen im Sinne der Rahmenvereinbarung nach §39a Abs. 2 Satz 8 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 03.09.2002, i.d.F. vom 14.03.2016 durchgeführt:

|  |  |
| --- | --- |
| Name der Krankenkasse | Anzahl der bis zum 01.11.2018 begonnenen Sterbebegleitungen |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Nachweis der am 31.12. des Vorjahres einsatzbereiten aktiven ehrenamtlichen Personen des o.a. Erwachsenenhospizdienstes – bitte ausfüllen, auch wenn keine Sterbebegleitung übernommen worden ist:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr. | Datum | Name, Vorname | Unterschrift |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |

Ort, Datum Stempel / Unterschrift des AHD-Verantwortlichen