**Anlage 8** Nachweis der Sachkosten 2020 nach § 5 Abs. 6 Satz 2 der Rahmenvereinbarung / Förderfähige Sachkosten (\*)

**Förderjahr 2021**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. ***Fahrkosten***
 |  |  |
| erstattete Fahrkosten der Ehrenamtlichen (eigenes Fahrzeug oder ÖPNV) |  | EUR |
| erstattete Fahrtkosten der Fachkraft (eigenes Fahrzeug oder ÖPNV – öffentliche Verkehrsmittel) |  | EUR |
| Betriebskosten PKW des Hospizvereins (inkl. Versicherungen) |  | EUR |
| ***GESAMT Fahrtkosten*** |  | ***EUR*** |
|  |  |  |
| 1. ***Kosten für Personal- und Lohnbuchhaltung / Verwaltungsgemeinkosten (im Verhältnis zur Größe des Hospizverein – ohne Verbandsbeiträge)***
 |  |  |
| Kosten für Personal- und Lohnbuchhaltung/Verwaltungsgemeinkosten |  | EUR |
| ***GESAMT Kosten für Personal- und Lohnbuchhaltung / Verwaltungsgemeinkosten (ohne Verbandsbeiträge)*** |  | ***EUR*** |
|  |  |  |
| 1. ***Sachkosten für die Räumlichkeiten des Hospizdienstes, Schutzmaterialien***
 |  |  |
| Raum- und Raumnutzungskosten |  | EUR |
| Reinigungskosten |  | EUR |
| Energiekosten |  | EUR |
| Büromaterial |  | EUR |
| Fachliteratur |  | EUR |
| Büromöbel (nur geringwertige Wirtschaftsgüter) |  | EUR |
| Post- und Telekommunikationsgebühren |  | EUR |
| Schutzmaterialien Covid-19 (bitte Belege beifügen) |  | EUR |
| ***GESAMT Sachkosten für die Räumlichkeiten des Hospizdienstes*** |  | ***EUR*** |
|  |  |  |
| 1. ***Sachkosten für notwendige Versicherungen***
 |  |  |
| Haftpflichtversicherung für die Ehrenamtlichen |  | EUR |
| Dienstreisekostenversicherung |  | EUR |
| Inventarversicherung |  | EUR |
| Sonstige Versicherungen (welche / Betrag bitte einzeln auflisten) |  | EUR |
| Sonstige Versicherungen (welche / Betrag bitte einzeln auflisten) |  | EUR |
| ***GESAMT Sachkosten für notwendige Versicherungen*** |  | ***EUR*** |
|  |  |  |
| ***Förderfähige Sachkosten gesamt (I., II, III, IV.)*** |  | ***EUR*** |

....................................................................................................................................................

Ort, Datum Stempel und Unterschrift des ambulanten Hospizdienstes