**Formular für die Projektbeschreibung zum Aufruf des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen zur Einreichung von Interessenbekundungen für den Aufbau von „Gesundheitsregionen in Nordrhein-Westfalen“**

**Ausfüllhinweise:**

1. Füllen Sie das Formular für die Projektbeschreibung aus.
2. Unterschreiben Sie das Formular für die Projektbeschreibung in den dazu vorgesehenen Feldern.
3. Speichern Sie das Formular für die Projektbeschreibung als PDF-Dokument ab und schicken Sie dieses zusammen mit dem Finanzierungsplan, den Stellungnahmen der Konsortialpartner sowie ggf. Letters of Intent weiterer Projektbeteiligter bis zum 13.10.2024 an gesundheitsregionen@lzg.nrw

Für die Erstellung der Projektbeschreibung ist ausschließlich dieses Formular zu verwenden. Anhand dieses Dokuments wird die Bewertung der fachlichen Kriterien vorgenommen. Werden Punkte nicht beantwortet, so werden diese als nicht erfüllt angesehen. Darüber hinaus eingehende Anlagen werden im Verfahren nicht berücksichtigt. Für das Ausfüllen dieses Formulars wird auf die fachlichen Hinweise (Anlage 2) verwiesen.

Die Bewerbungsunterlagen müssen selbsterklärend verfasst sein und eine Beurteilung ohne weitere Informationen/Nachfragen zulassen. Die Projektbeschreibung sollte in aussagekräftiger Form beschrieben werden und die Bearbeitung der genannten Themen/Ziele in diesem Aufruf passende Instrumente/Methoden umfassen. Dabei sind die gewählten Instrumente und Methoden mit Blick auf die in der Projektbeschreibung dargelegte Vorgehensweise zu konkretisieren.

| **Projekttitel** |  |
| --- | --- |
| Geschätzte Projektlaufzeit | *xx.xx.2025 – xx.xx.2027 (max. 36 Monate)* |
| Geschätzte Gesamtkosten des Projektvorhabens |  |
| Darstellung Eigenanteil (Höhe und Art, mind. 20 %) |  |

| **Antragstellende kommunale Gebietskörperschaft**  |
| --- |
| **Name der kommunalen Gebietskörperschaft** | *\*Pflichtfeld* |
| Geschäftsbereich / Fachbereich |  |
| Anschrift | *\*Pflichtfeld* |
| **Projektleitung / Ansprechperson** | *\*Pflichtfeld* |
| Telefonnummer | *\*Pflichtfeld* |
| E-Mail | *\*Pflichtfeld* |
| **Konsortialpartner I**  | **Konsortialpartner II** |
| **Name der Einrichtung** | *\*Pflichtfeld* | *\*Pflichtfeld* |
| Geschäftsbereich / Fachbereich |  |  |
| Anschrift | *\*Pflichtfeld* | *\*Pflichtfeld* |
| **Projektleitung / Ansprechperson** | *\*Pflichtfeld* | *\*Pflichtfeld* |
| Telefonnummer |  |  |
| E-Mail | *\*Pflichtfeld* | *\*Pflichtfeld* |

| **Konsortialpartner III** | **Konsortialpartner IV[[1]](#footnote-1)** |
| --- | --- |
| **Name der Einrichtung** | *\*Pflichtfeld* | *\*Pflichtfeld* |
| Geschäftsbereich / Fachbereich |  |  |
| Anschrift | *\*Pflichtfeld* | *\*Pflichtfeld* |
| **Projektleitung / Ansprechperson** | *\*Pflichtfeld* | *\*Pflichtfeld* |
| Telefonnummer |  |  |
| E-Mail | *\*Pflichtfeld* | *\*Pflichtfeld* |
| **Weiterer Projektbeteiligter I** | **Weiterer Projektbeteiligter II[[2]](#footnote-2)** |
| **Name der Einrichtung** | *\*Pflichtfeld* | *\*Pflichtfeld* |
| Geschäftsbereich / Fachbereich |  |  |
| Anschrift | *\*Pflichtfeld* | *\*Pflichtfeld* |
| **Projektleitung / Ansprechperson** | *\*Pflichtfeld* | *\*Pflichtfeld* |
| Telefonnummer |  |  |
| E-Mail | *\*Pflichtfeld* | *\*Pflichtfeld* |

**Die Beantwortung der folgenden Punkte ist vom Umfang her auf 15 Seiten begrenzt!**

Bei Fragen zur technischen Anwendung dieser Anlage wenden Sie sich bitte an: Gesundheitsregionen@lzg.nrw.de

1. Beitrag des Vorhabens zu den drei wesentlichen Zielen der Förderung
*(siehe fachliche Hinweise, Anlage 2)*
2. Herleitung der besonderen Bedarfslage(n) und ggf. Zielgruppe(n) *(Hinterlegen Sie Ihre Ausführungen mit Zahlen, Daten und Fakten, siehe fachliche Hinweise)*
3. Beitrag des Vorhabens zur Verbesserung der regionalen Versorgungssituation (Innovationsgehalt) *(siehe fachliche Hinweise)*
4. Schaffung bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen / Versorgungsangebote *(siehe fachliche Hinweise)*

*Beabsichtigtes Umsetzungsmodell (bitte ankreuzen):*

[ ]  Gesundheits-„Zentrum“ unter einem Dach (z.B. durch Krankenhausumwandlung/ Umwandlung vorhandener Infrastruktur)

[ ]  Gesundheits-„Zentrum“ als Versorgungsnetz

*inhaltliche Ausführung des Projektvorhabens anhand der fachlichen Hinweise:*

1. Geeignete Strukturen, Maßnahmen und Instrumente zur Stärkung von Kooperation und Vernetzung *(siehe fachliche Hinweise)*

Hinweis: Bitte fügen Sie Ihrer Interessenbekundung unterschriebene Stellungnahme/n des/der Konsortialpartner/s zum Vorhaben sowie ggf. unterschriebene Letters of Intent von weiteren Projektbeteiligten als Anlagen bei.

| **Konsortialpartner / Projektbeteiligte***Bitte auswählen* | **Bezeichnung** | **Rolle / Funktion in der****Gesundheitsregion** | **Beitrag zum Projekt** |
| --- | --- | --- | --- |
| Wählen Sie ein Element aus. |  |  |  |
| Wählen Sie ein Element aus. |  |  |  |
| Wählen Sie ein Element aus. |  |  |  |
| Wählen Sie ein Element aus. |  |  |  |
| Wählen Sie ein Element aus. |  |  |  |
| Wählen Sie ein Element aus. |  |  |  |

**Bitte erläutern Sie Austauschformate und Vernetzungsaktivitäten innerhalb sowie außerhalb des Netzwerks** *(siehe fachliche Hinweise).*

1. Transfergehalt und Nachhaltigkeit *(siehe fachliche Hinweise)*
2. Anlagen *(Finanzierungsplan, Stellungnahmen der Konsortialpartner sowie ggf. Letters of Intent weiterer Projektbeteiligter)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Ort/Datum** |  | **Unterschrift eines Berechtigten der antragstellenden kommunalen Gebietskörperschaft** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | **Name des Zeichnungsberechtigten in Druckbuchstaben** |

1. Im Falle weiterer Konsortialpartner fügen Sie bitte weitere Felder ein. [↑](#footnote-ref-1)
2. Im Falle weiterer Projektbeteiligter fügen Sie bitte weitere Felder ein. [↑](#footnote-ref-2)