**Ausfüllhinweise:**

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

**Fachliche Hinweise:**

Zuwendungsfähig sind insbesondere folgende Ausgaben:

* Koordinierende Tätigkeiten für den Auf- und Ausbau von Gesundheitsregionen und Gesundheits-„Zentren“ (vorrangig Personalkosten und Sachkosten für Koordination und Steuerung)
* Koordinierende Tätigkeiten für die Umsetzung einer sektorenübergreifenden Vernetzung von gesundheitsbezogenen Versorgungsstrukturen und -konzepten sowie sozialraumorientierter, ergänzender Hilfen (vorrangig Personalkosten und Sachkosten für Netzwerkaktivitäten, Koordination und Steuerung)
* Förderung einzelner Teilleistungen, die über die Regelversorgung hinausgehen (bspw. Übernahme Personal- und Sachkosten für gemeinsames Fallmanagement oder einer Community Health Nurse, Anschaffungskosten und Schulungskosten bei telemedizinischen Anwendungen)
* Förderung von Ausstattungsinvestitionen (z. B. Einrichtung gemeinschaftlich genutzter Räumlichkeiten, IT-Infrastruktur, Fahrzeug für aufsuchende Tätigkeiten)

Nicht zuwendungsfähig sind insbesondere folgende Ausgaben:

* Ausgaben für die zulassungsrechtliche ärztliche Niederlassung
* Ausgaben für medizinische Ausstattung
* Ausgaben zur Erfüllung von Pflichtaufgaben der Gemeinden
* Ausgaben für medizinische Leistungen, für die bereits Finanzierungsmechanismen im Sozialgesetzbuch (oder in anderen Rechtsnormen) vorhanden sind
* Ausgaben für Baumaßnahmen
* Reine Machbarkeitsstudien

| **Finanzierungsplan** |
| --- |
|  | Zeitpunkt der voraussichtlichen Fälligkeit |
| 2025 | 2026 | 2027 |
| In Euro  |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| **1.1 Gesamtkosten** |  |  |  |
| **1.2 davon grundsätzlich zuwendungsfähige Ausgaben** *(siehe: fachliche Hinweise)* |  |  |  |
| *darunter, ….**Bitte geben Sie die einzelnen Positionen der zuwendungsfähigen Ausgaben an. Dabei sind Personal- und Sachkosten getrennt auszuweisen. Bei Bedarf fügen Sie bitte weitere Zeilen hinzu.* |  |  |  |
|  *…* |  |  |  |
| **1.3 Leistungen Dritter** *(ohne öffentliche Förderungen):*  |  |  |  |
| **1.4 Zuwendungsfähige Gesamtausgaben** *(ergibt sich aus 1.2 abzüglich 1.3)* |  |  |  |
| **1.5 Eigenanteil** *(mindestens 20% der zuwendungsfähigen Gesamtausgaben aus 1.4)* |  |  |  |
| *darunter, …**Bitte geben Sie die einzelnen Positionen des Eigenanteils an. Bei Bedarf fügen Sie bitte weitere Zeilen hinzu.* |  |  |  |
| *…* |  |  |  |
| **1.6 Beantragte Förderung***(maximal 80% der zuwendungsfähigen Gesamtausgaben aus 1.4)* |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Ort/Datum (ggf. Stempel)** |  | **Unterschrift eines Berechtigten der antragstellenden kommunalen Gebietskörperschaft** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | **Name des Zeichnungsberechtigten in Druckbuchstaben** |