

## Teilprojekt Koordinierungsstelle Gesundheit Antrag Verfügungsfonds Gesundheit

Leipziger Osten

Grünau

anderer Stadtteil: \_\_\_\_\_

**Titel des Projektes:** \_\_\_\_\_

### Laufzeit des Projektes

Geplanter Projektbeginn \_\_\_\_\_ Geplantes Projektende \_\_\_\_\_

### 1. Antragsteller:

Institution bzw. Träger der Einrichtung	_____		
Ansprechpartner	_____		
Anschrift	_____		
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)

- Bewegung  Stressbewältigung/Entspannung  
 Ernährung  Sucht  
 Training sozial-emotionaler Kompetenzen  \_\_\_\_\_

### 5. Die inhaltliche Ausrichtung der oben genannten Themenschwerpunkte erfolgt (bitte ankreuzen):

- Verhältnisbezogen** (Aktivitäten zur gesundheitsförderlichen Umgestaltung der Lebenswelt der Zielgruppe)

Erläuterung/Beispiele:

\_\_\_\_\_

- Verhaltensbezogen** (Vermittlung gesundheitsbezogener Informationen und/oder praktische Fertigkeiten, Haltungs-, Entscheidungs- oder Selbstwahrnehmungskompetenzen)

Erläuterung/Beispiele:

\_\_\_\_\_

**6. Welche Ziele wollen Sie durch die Umsetzung des Projekts in Ihrer Einrichtung erreichen?**

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_

**7. An welche Zielgruppe/n richten sich Ihre Maßnahmen und wie viele Personen werden schätzungsweise erreicht?**

Zielgruppe:	_____	Anzahl:	_____
	_____		_____
	_____		_____
	_____		_____

**8. Projektbeschreibung:**

---

**9. Werden Fachkräfte in das Projekt eingebunden?**

- ja, **wer?**                       nein

Name	_____		
Anschrift	_____		
Telefon	_____	E-Mail	_____

Bitte Qualifikationsnachweis anfügen!

**10. Werden weitere Kooperationspartner (z. B. Sportverein, Gesundheitsamt etc.) in das Projekt einbezogen?**

- ja, **welche?**                       nein

---

**11. Finanzierung**

Geplante Gesamtkosten		Euro
Verfügbare Eigenmittel	-	Euro
Fördergelder anderer Institutionen (siehe 11.2)	-	Euro
Beantragter Unterstützungsbetrag	=	Euro

**11.1 Sonstige Eigenleistungen des Antragstellers/Trägers der Einrichtung (z. B. geldwerte Leistungen):**

---

**11.2 Wo/bei welchen Institutionen werden im Kontext des Projektes weitere Fördergelder beantragt?**

Name der Institution	Betrag	
_____	_____	Euro
_____	_____	Euro
_____	_____	Euro

**11.3 Ist der Antragsteller zum Vorsteuerabzug berechtigt ?**  ja  nein

**11.4 Die Mittel sollen auf folgendes Konto überwiesen werden:**

Bank \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

**12. Wie wird der Erfolg des Projektes kontrolliert?**

---

**13. Mit welchen Maßnahmen wird die Nachhaltigkeit des Projektes gesichert?**

---

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

Sollten die tatsächlichen Kosten des geplanten Projektes geringer ausfallen, als die erhaltenen Unterstützungsbeträge, so verpflichtet sich der Antragsteller, den entsprechenden Anteil des Unterstützungsbetrags zurück zu erstatten.

---

Ort/Datum

Unterschrift des/der Projektverantwortlichen des Trägers

**Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag unterschrieben an:**

HTWK Leipzig, Forschungs- und Transferzentrum, Koordinierungsstelle Gesundheit  
z.H. Ulrike Leistner, Eilenburger Straße 13, 04317 Leipzig