## Umsetzung des Aktionsplans gegen Sucht NRW –

## Antrag auf Projektförderung zum Auf- und Ausbau von vernetzter Suchthilfe in Nordrhein-Westfalen

|  |  |
| --- | --- |
| NETZWERKTITEL |  |
| **BEANTRAGTER FÖRDERZEITRAUM** (von – bis)*Frühester Beginn voraussichtlich 01.01.2021 –**Regellaufzeit: 24 Monate, in begründeten Ausnahmefällen max. 36 Monate.* |  |

|  |
| --- |
| 1. PROJEKTLEITUNG/ FEDERFÜHRUNG |
| Institution/ Organisation |  |
| Name, Vorname  |  |
| Straße, Hausnummer |  |
| Postleitzahl, Ort |  |
| Telefon |  |
| E-Mail-Adresse |  |
| 1.2 KOOPERIERENDE INSTITUTIONEN/ NETZWERKPARTNER\*INNEN |
| *Nennen Sie die einzelnen kooperierenden Institutionen bzw. Organisationen. Je nach Ansatz sind kreisweite- bzw. kreisübergreifende oder sektorenübergreifende (Suchthilfe mit z.B. Öffentlichem Gesundheitsdienst, psychiatrischer und hausärztlicher Versorgung, Altenhilfe, etc.) Kooperationspartner zu benennen.* |
| Institution/ Organisation |  |
| Institution/ Organisation |  |
| Institution/ Organisation |  |
| Institution/ Organisation |  |
| Institution/ Organisation |  |
| Institution/ Organisation |  |
| 2. KURZE ZUSAMMENFASSUNG DES VORHABENS  |
| *Stellen Sie bitte zusammenfassend die Kernelemente des Vorhabens im Sinne eines Steckbriefs dar, max. 1 Seite.*  |
| 3. NETZWERKBESCHREIBUNG |
| 3.1.1 Ausgangslage und Wissensstand*Beschreiben Sie die lokale Ausgangslage und skizzieren Sie den entsprechenden themenspezifischen Wissensstand (Erkenntnisse aus anderen Projekten, Studien und/ oder theoretischen Modellen).***3.1.2 Lokaler Handlungsbedarf** Erläutern Sie den Handlungsbedarf: Warum besteht insbesondere bezüglich des gewählten Themas/ der gewählten Zielgruppe dringender Handlungsbedarf? **3.1.3 Einbindung des Netzwerks in die lokalen Strukturen und die kommunale Suchthilfeplanung**Erläutern Sie die Einbindung des geplanten Netzwerkes und dessen Zielsetzung in die vorhandenen kommunalen Angebote und die kommunale Suchthilfeplanung. Die kommunalen Ansprechpartner/ Gesundheitsämter sind in jedem Fall über die Planung zu informieren. Ein schriftlicher Nachweis (Letter of Intent; Interessensbekundungen) der Kommune ist dem Antrag beizufügen. **3.1.4 Inhalt und Methode***Bitte beschreiben Sie besondere Merkmale und Vorgehensweisen der geplanten Netzwerkarbeit und ggf. der geplanten Maßnahmen und Angebote. Auch bereits etablierte Methoden können genutzt werden.***3.1.5 Berücksichtigung geschlechtsspezifischer und gendergerechter Aspekte***Geschlechtsspezifische Aspekte beziehen sich auf Merkmale des biologischen Geschlechts, während gendergerechte Aspekte die Geschlechterrollen (soziale Geschlecht) betreffen.***3.1.6 Berücksichtigung kulturspezifischer Aspekte****3.1.7 Herleitung der Partizipation der Zielgruppen***Partizipation bedeutet, dass die Zielgruppe in alle Phasen einbezogen wird. Erläutern Sie bitte, ob und in welcher Form die Einbindung erfolgt bzw. erfolgt ist.* |
| 4. ZIELSETZUNGEN |
| Bitte beschreiben Sie, welches konkrete Ziel/ welche konkreten Ziele mit der Netzwerkbildung verfolgt werden. Die messbaren Projektziele und Teilziele können Sie auflisten. Beschreiben Sie für jedes (Teil-)Ziel die Indikatoren, mit denen der Grad der Zielerreichung gemessen werden soll. Die Erreichung der Ziele muss nach Projektende dargelegt werden. Die Tabelle können Sie je nach Bedarf erweitern.***Beispiel:***

|  |  |
| --- | --- |
| ***Ziel(e):*** | ***Indikatoren zur Messung der Zielerreichung*** |
| *(1) Es besteht eine verbindliche Kooperation zwischen Jugend- und Suchthilfe zur Verbesserung der Versorgung von Kinder aus suchtbelasteten Familien* |  *(1) Es besteht eine verbindliche, schriftliche Kooperationsvereinbarung.* |
| Teilziel(e): |  |
| * 1. *Austausch- und Netzwerktreffen der örtlichen Träger der Jugendhilfe- und Suchthilfe*
	2. *Klärung der inhaltlichen Verfahrensweise*
 | * 1. *Es haben 3 Treffen pro Jahr stattgefunden.*
	2. *Die einzelnen Verfahrensweisen sind allen Beteiligten bekannt.*
 |
|  |  |

 |
| **Ziel(e):** | Indikatoren zur Messung der Zielerreichung |
|  |  |
| Teilziel(e): |  |
|  |  |
| 5. DOKUMENTATION UND EVALUATION |
| *Bitte beschreiben Sie die Art der Dokumentation und Evaluation zur Überprüfung der Zielsetzungen (siehe Indikatoren).*  |
| 6. NACHHALTIGKEIT UND VERSTETIGUNG |
| *Bitte beschreiben Sie, welche Maßnahmen zur Verstetigung der Projektergebnisse vorgesehen sind, ggf. auch im Hinblick auf eine Weiterfinanzierung nach Ende der Projektlaufzeit.* |
| 7. ABLAUFPLAN |
| *Bitte skizzieren Sie den geplanten Projektverlauf mit Hilfe von Meilensteinen inhaltlich und zeitlich. Verwenden Sie hierfür die Tabelle im Anhang (siehe Anlage 1).* |
| 8. FINANZIERUNG |
| Bitte stellen Sie den Kosten- und Finanzierungsplan für Planung, Umsetzung sowie Evaluation dar. Es ist nach Personal- und Sachaufwendungen zu differenzieren. Nutzen Sie hierzu die Anlage (siehe Anlage 2).Sollten mehrere Institutionen an der Förderung beteiligt sein, erläutern Sie bitte die Aufteilung der finanziellen Ressourcen hier im Detail. |
| 9. ANLAGEN |
| *Bitte listen Sie hier kurz die Anlagen bzgl. der schriftlichen Interessensbekundungen der zentralen Kooperationspartner im Netzwerk auf. Die Erweiterung im Laufe des Projektverlaufs ist möglich. Eine schriftliche Interessenbekundung der Kommune (Gesundheitsamt) ist zwingend erforderlich.* |

***Anlage 1: Exemplarischer Meilensteinplan des Projekts***

*Bsp.: Arbeits- und Zeitplan*

|  |  |
| --- | --- |
| ***Arbeiten***  | ***Monate*** |
|  | *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *(…)* |
| *Zielsetzung 1* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Zielsetzung 2* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Zielsetzung 3* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Zielsetzung 4* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *…* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *…* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *…* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *…* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *(…)* |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Legende*** |  |
|  |
| *Meilenstein 1* |  |
| *Meilenstein 2* |  |
| *Meilenstein 3* |  |
| *(…)* |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Erläutern Sie die einzelnen Projektphasen inhaltlich und ordnen Sie die Zielsetzung (1.- (…)) dem zeitlichen Raster zu. Beschreiben Sie Ihre Meilensteine inhaltlich in einer Legende.*

***Anlage 2: Finanzierungsplan***

|  |
| --- |
| 1 Finanzierungsplan  |
|  | Zeitpunkt der voraussichtlichenFälligkeit (Kassenwirksamkeit) |
| 2021 | 2022 | 2023 |
| in Euro  |
| 1.1 Gesamtkosten | Personalkosten:Sachkosten: |  |  |
| 1.2 abzgl. Leistungen Dritter wenn zutreffend, bitte benennen:  |  |  |  |
| 1.3 Eigenanteil*(Eine Fördervoraussetzung stellt grundsätzlich eine 10%ige Eigenbeteiligung der kalkulierten Gesamtkosten bei freien Trägern und 20% der kalkulierten Gesamtkosten bei öffentlichen Trägern dar).* |  |  |  |
| 1.4 Beantragte Fördersumme |  |  |  |