

TILSKUDD TIL SAMTALEGRUPPER TIL PÅRØRENDE TIL PERSONER MED DEMENS

Kommuner og spesialisthelsetjeneste kan søke

Søknaden gjelder tilskudd til samtalegrupper perioden VÅR OG HØST 2019 (1.1. til 31.12) og i tråd med vedlagte kriterier.

1. ANSVARLIG SØKERINSTANS

Ansvarlig søkerinstans: (Kryss av) Kommune Spesialisthelsetjeneste

Navn søkerinstans: _____

Adresse: _____ Postnr./Sted: _____

Organisasjonsnr.: _____ Bankkontonr.: _____

Tittel og navn ansvarlig leder søkerinstans: _____

Tlf: _____ E-post: _____

Tittel og navn kontaktperson for samtalegruppe: _____

Tlf: _____ E-post: _____

2. SAMTALEGRUPPE DET SØKES TILSKUDD TIL (Kryss av)

Her regnes en samtalegruppe som 1 stk. uavhengig av antall samlinger i gruppen

Periode for gjennomføring: Vår 2019

Antall samtalegrupper det søkes tilskudd til: _____ stk.

Er tilbudet tilpasset spesielt for pårørende til yngre personer med demens, personer med minoritetsetnisk bakgrunn og demens, personer med utviklingshemning og demens eller andre pårørende grupper?

Ja Nei. Hvis Ja, beskriv målgruppen(e): _____

Periode for gjennomføring: Høst 2019

Antall samtalegrupper det søkes tilskudd til: _____ stk.

Er tilbudet tilpasset spesielt for pårørende til yngre personer med demens, personer med minoritetsetnisk bakgrunn og demens, personer med utviklingshemning og demens eller andre pårørende grupper?

Ja Nei. Hvis Ja, beskriv målgruppen(e): _____

3. ANDRE SAMARBEIDSLINSTANSER (Kryss av)

Kommuner, hvilke: _____

Spesialisthelsetjeneste, hvilke: _____

Frivillige organisasjoner, hvilke: _____

Andre instanser, hvilke: _____

4. BEKREFTELSE

Søkere som oppfyller tilskuddskriteriene vil motta tilskuddsbrev sammen med rapportskjema og utbetalingsskjema fra Aldring og helse. Tilskuddsmottaker skal sende inn utfylt rapport og utbetalingsskjema som er gjeldende for tilskuddsordningen. Tilskudd i tråd med gjeldende satser vil bli utbetalt når Aldring og helse har godkjent rapport. Søknader behandles fortløpende, med **siste søknadsfrist 1. september 2019**.

Søker bekrefter med dette å ha lest og godtatt kriterier for tilskuddsordningen og forplikter seg til å følge disse.

Sted: _____ Dato: _____ Søkernes underskrift: _____

Blokkbokstaver: _____

Søknaden skannes og sendes i e-post til: pskole@aldringoghelse.no eller sendes i post til:
"PÅRØRENDESKOLE", ALDRING OG HELSE, Postboks 2136, 3103 Tønsberg

Dataene som samles inn anvendes i vurdering av søknaden, for kontakt med søkere og rapportering til Helsedirektoratet.
Ønsker du mer informasjon om personvern gå inn på www.aldringoghelse.no/personvernerklæring