***Projektansökan hälsoinriktade insatser 2017***

Ansökan ska skickas med e-post till [regionen@regionhalland.se](mailto:regionen@regionhalland.se). Det undertecknade originalet ska skickas via internpost till *Diariet, Regionkontoret*, alternativt till:

***Region Halland***

*Box 517*

*301 80 Halmstad*

|  |  |
| --- | --- |
| **Projektets namn:** |  |
| **Startdatum:** |  |
| **Slutdatum:** |  |
| **Ansvarig verksamhet:** |  |
| **Ansvarig chef:** |  |
| **Ansvarig kontaktperson (om annan än chef):** |  |
| **E-post:** |  |
| **Telefon:** |  |
| **Sökt belopp:** |  |
| **Konto för utbetalning:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Beskriv hur projektet bidrar till måluppfyllelse av Hälso- och sjukvårdsstrategi för Halland 2017-2025 (ange också nedan med ett kryss vilket/vilka mål insatsen bidrar till att uppnå).** | |
|  | |
| ***Arbetar hälsofrämjande och levererar en individuell hälso- och sjukvård av hög kvalitet för en god och jämlik hälsa*** |  |
| ***Är trygg, sammanhållen och utformas tillsammans med patient och närstående*** |  |
| ***Arbetar med ständig förbättring för en bättre hälsa hos invånarna*** |  |
| ***Möjliggör att invånare själva tar ansvar utifrån egen förmåga*** |  |
| ***Har en tydlig prioritering av hur kompetens och resurser används*** |  |

|  |
| --- |
| **Beskriv hur projektet bidrar till en mer jämlik hälsa.** |
|  |

**PROJEKTBESKRIVNING**

|  |
| --- |
| **Bakgrund** |
|  |

|  |
| --- |
| **Syfte** |
|  |

|  |
| --- |
| **Mål** |
|  |

|  |
| --- |
| **Målgrupp** |
|  |

|  |
| --- |
| **Beskriv kortfattat vilka aktiviteter som ska genomföras i projektet.** |
|  |

|  |
| --- |
| **Beskriv projektorganisationen.** |
|  |

|  |
| --- |
| **Samverkan – kommer projektet genomföras i samarbete med annan verksamhet? Om ja, beskriv på vilket sätt.** |
|  |

|  |
| --- |
| **Patientdelaktighet – på vilket sätt tar patienter del av aktiviteter i projektet? Deltar patienter aktivt i utformningen och genomförandet av projektet?** |
|  |

|  |
| --- |
| **Hur ska uppföljning av projektet ske?** |
|  |

|  |
| --- |
| **Resultatspridning – Hur ska resultaten spridas och till vilka?** |
|  |

**PROJEKTBUDGET**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kostnadsslag** | **2017** | **2018** | **2019** | **Totalt** |
| Personalkostnader |  |  |  |  |
| Köp av tjänst |  |  |  |  |
| Utbildning |  |  |  |  |
| Material |  |  |  |  |
| Resekostnader |  |  |  |  |
| Annat (ange i så fall vad) |  |  |  |  |
| **Totala kostnader** |  |  |  |  |

**BILAGOR**

**Bilagor**

|  |  |
| --- | --- |
| **Förteckning över ev. bilagor som hör till ansökan** | |
| **1** |  |
| **2** |  |
| **3** |  |

**UNDERSKRIFT**

|  |
| --- |
| Undertecknad försäkrar härmed att de uppgifter som lämnas i ansökan, inklusive i bilagor, är riktiga. |

Ort och datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Underskrift av behörig chef och namnförtydligande

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_