

Bayerisches Landesamt für Pflege
Referat 32
- Geschäftsstelle des Bayerischen Demenzfonds -
Mildred-Scheel-Straße 4
92224 Amberg

Antrag Nr.:

wird von der Geschäftsstelle ausgefüllt

**Antragsformblatt Fördersäule 1 „Teilhabeangebote“ (Antragsphase I)
für die Gewährung von Förderungen aus dem Bayerischen Demenzfonds
(Förderrichtlinie Demenz und Teilhabe – DEMTeil)**

Wichtige Hinweise:

Die Antragstellung wird im einfachen elektronischen Verfahren akzeptiert, sofern die Unterlagen vollständig ausgefüllt, unterschrieben, eingescannt und als PDF-Anhang einer E-Mail eingereicht werden. Bitte fügen Sie dem Antragsformblatt die [Erklärung über subventionserhebliche Tatsachen](#) bei und senden Sie beide Dokumente **bis spätestens 30. Juni bzw. 31. Dezember** (Posteingang 30. Juni bzw. 31. Dezember) per E-Mail an

demenzfonds@lfp.bayern.de

Eine postalische Zusendung der Dokumente an die Geschäftsstelle ist ebenfalls möglich.

Bitte beachten Sie auch unseren [Musterantrag Förderung „Teilhabeangebote“](#), der Ihnen als Orientierungshilfe beim Ausfüllen dieses Formblatts auf unserer Homepage zur Verfügung steht.

Wir empfehlen, die Beratung der Geschäftsstelle des Bayerischen Demenzfonds vor Einreichung des Antrags unverbindlich und kostenlos in Anspruch zu nehmen.

Tel.: 09621-9669 2666

E-Mail: demenzfonds@lfp.bayern.de

1. Antragstellerin / Antragsteller

Name mit Angabe der Rechtsform (Institution, z. B. Verein e. V. / Muster GmbH)

Anschrift der Antragstellerin bzw. des Antragstellers

Steuernummer bzw. Wirtschafts-/Steuer-Identifikationsnummer

Bei juristischen Personen bitte Angabe der vertretungsberechtigten Personen mit Kontaktdaten:

Name	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>	E-Mail*	<input type="text"/>
Name	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>	E-Mail*	<input type="text"/>

- Gesamtvertretungsberechtigt
(Es gibt mehrere vertretungsberechtigte Personen, die nur gemeinschaftlich zur Vertretung befugt sind.)
- Einzelvertretungsberechtigt
(Es gibt eine vertretungsberechtigte Person, die allein zur Vertretung befugt ist.)

Ansprechperson für diesen Antrag mit Kontaktdaten*:

Name	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>	E-Mail*	<input type="text"/>
------	----------------------	---------	----------------------	---------	----------------------

***Hinweis:** Die Angabe ist freiwillig. Mit der Angabe der E-Mail-Adressen erklären Sie sich mit der einfachen elektronischen Kommunikation einverstanden. Die angegebenen E-Mail-Adressen werden durch das Bayerische Landesamt für Pflege und das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention als übergeordnete Behörde in Erfüllung ihrer Aufgaben verwendet, um Sie insbesondere über Möglichkeiten zur Beteiligung und Bewerbung an Demenzwoche, -preis und -fonds zu informieren. Dem können Sie jederzeit per E-Mail an Abmeldung.Demenz@stmgp.bayern.de widersprechen.

2. Angaben zum geplanten Teilhabeangebot

Titel:

Beginn (frühestens 1. April bzw. 1. Oktober):

Ende (max. Dauer 18 Monate):

Hinweis: Die Prüfung durch das Expertengremium und die Bewilligungsstelle nimmt etwa drei Monate in Anspruch. Bitte beachten Sie folgende Zeitlichkeiten:

- **Antragsschluss am 30. Juni:** Der Vorhabensbeginn ist frühestens zum 01. Oktober möglich. Soll das Angebot zum 1. Oktober starten, müssen die Unterlagen für die Antragsphase II bereits zwei Monate vorher (August) eingereicht werden. Ein späterer Beginn des Angebots (z. B. 01. November) ist jederzeit möglich.
- **Antragsschluss am 31. Dezember:** Der Vorhabensbeginn ist frühestens zum 01. April des Folgejahres möglich. Soll das Angebot zum 01. April starten, müssen die Unterlagen für die Antragsphase II bereits zwei Monate vorher (Februar) eingereicht werden. Ein späterer Beginn des Angebots (z. B. 15. Mai) ist jederzeit möglich.

- Mit dem Teilhabeangebot wurde noch nicht begonnen (Zuwendungen dürfen nur für Vorhaben gewährt werden, mit deren Ausführung noch nicht begonnen wurde. Im Falle einer verbindlichen Willenserklärung zum Abschluss eines Lieferungs- oder Leistungsvertrages, der im Zusammenhang mit der Ausführung des Vorhabens steht, ist das Vorhaben nicht mehr förderfähig; siehe auch ergänzende Hinweise auf Seite 9).

Durchführungsort(e) und Regierungsbezirk:

Beschreibung des Teilhabeangebots

1. Welche **Ziele** verfolgt das Teilhabeangebot? (in Stichpunkten - max. 3000 Zeichen)

2. **Welche Zielgruppen** werden mit dem Teilhabeangebot erreicht? Bitte erläutern Sie, wie Sie die Zielgruppen erreichen und das Miteinander von Menschen mit und ohne Demenz – bspw. auch mit jüngeren Personengruppen – fördern (in Stichpunkten - max. 2000 Zeichen)

Hinweis: Das Teilhabeangebot sollte sich insbesondere an Menschen mit Demenz sowie ihre An- und Zugehörigen richten sowie deren Integration in die Gesellschaft fördern.

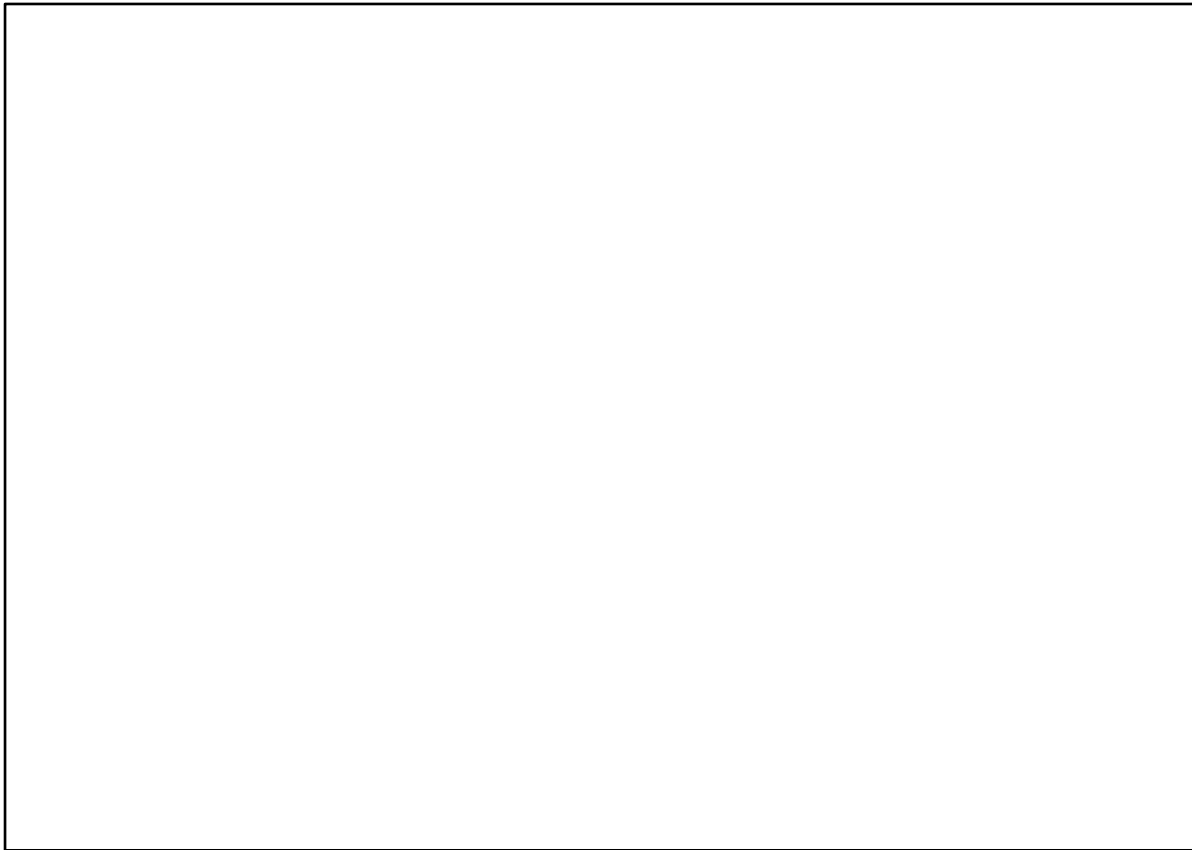
3. Bitte beschreiben Sie die **geplanten Maßnahmen** so konkret wie möglich.
(in Stichpunkten - max. 4000 Zeichen)
- a. Welche Maßnahmen beinhaltet das Teilhabeangebot?
Hinweis: Bitte beschreiben Sie den Ablauf und die Durchführung (z. B. die zeitliche Abfolge der einzelnen Komponenten).
 - b. Wie lange dauert das Teilhabeangebot mit seinen einzelnen Komponenten pro Termin (z. B. 1 Stunde Bewegungstraining, 1 Stunde gemütliches Beisammensein)?
 - c. Wer wird das Projekt leiten/koordinieren? Welche Qualifikation bringt die Projektleitung mit?
 - d. Wo findet das Teilhabeangebot statt?
 - e. Wie viele Personen können pro Termin sowie im gesamten Projektzeitraum teilnehmen (z. B. 6 Menschen mit Demenz, 4 Angehörige, 4 Seniorinnen und Senioren)?
 - f. Handelt es sich um einen festen Teilnehmerkreis oder sind Neuzugänge möglich?
 - g. Wie häufig findet das Teilhabeangebot statt (z. B. wöchentlich, monatlich)?

4. Welche **Öffentlichkeitsarbeitsmaßnahmen** (z. B. Flyer, Zeitungsanzeigen, Homepage) sind vorgesehen? (in Stichpunkten – max. 2000 Zeichen)

5. **Welche Ausgaben** erwarten Sie im Zusammenhang mit den geplanten Maßnahmen?
Hinweis: Auf Seite 8 schlüsseln Sie Ihre Ausgaben auf. Bitte achten Sie darauf, **alle** in der Finanzierung eingetragenen Ausgaben hier entsprechend zu erläutern.

(in Stichpunkten - max. 2000 Zeichen)

- a. Wie viel Personal wird eingesetzt und welche Aufgaben übernehmen die einzelnen Personen jeweils?
- b. Sind Honorarkräfte vorgesehen und welche Aufgaben übernehmen die einzelnen Personen jeweils?
- c. Wird für das Teilhabeangebot bestimmtes Material (z. B. Gymnastikbälle für Bewegungsangebot) benötigt?
Hinweis: Falls ja, beschreiben Sie bitte, wie das Material im Teilhabeangebot zum Einsatz kommt.
- d. Ist neben den unter a bis c genannten Aspekten mit weiteren Kosten zu rechnen?



6. Gibt es **Kooperationspartnerinnen und -partner** für dieses Teilhabeangebot? Wenn ja, welche und wie sind diese beteiligt? (in Stichpunkten - max. 3000 Zeichen)



7. Welche Schritte sind zur **Sicherstellung der finanziellen und zeitlichen Nachhaltigkeit** geplant, damit das Angebot auch nach der Projektlaufzeit fortgeführt werden kann? (siehe auch [Musterantrag Förderung „Teilhabeangebote“](#); in Stichpunkten - max. 3000 Zeichen)

8. Bitte beschreiben Sie so konkret wie möglich, inwieweit bürgerschaftlich Engagierte am Teilhabeangebot mitwirken. (in Stichpunkten - max. 1000 Zeichen)

Hinweis: Die Teilhabeangebote sollen unter **Beteiligung von bürgerschaftlich Engagierten** durchgeführt werden.

- a. Wie viele bürgerschaftlich Engagierte werden eingesetzt und welche Aufgaben übernehmen die einzelnen Personen jeweils?
- b. Ist für die bürgerschaftlich Engagierten eine Schulung zum Thema Demenz geplant?

3. Finanzierung

Bitte beachten Sie, dass die vorgegebenen Kategorien nur Beispiele darstellen. Es müssen nur die für das Teilhabeangebot relevanten Kostenpunkte angegeben werden. Bitte benennen Sie diese genau und geben Sie den entsprechenden Betrag für den gesamten Förderzeitraum an (siehe auch ergänzende Hinweise auf Seite 9).

Personalausgaben

Projektmitarbeitende/r 1*

Projektmitarbeitende/r 2*

Bürgerschaftlich Engagierte oder
weitere Projektmitarbeitende*

Sachausgaben

Honorar 1*

Honorar 2*

Raummiete

Bürobedarf **(M)** (z.B. Toner, Papier, Porto)

Werbemittel (z. B. Flyer, Plakate, etc.)

IT-Bedarf **(M)** (z.B. Telekommunikation)

Fahrtkosten Projektmitarbeitende

Fortbildungen

Hard- und Software

Weitere Ausgaben

Gesamtausgaben

Einnahmen

Eigenanteil (erforderliches Minimum
10 % der Gesamtausgaben)

Weitere Mittel (Fremdmittel, erwartete
Erlöse, öffentliche Fördermittel)

Beantragte Zuwendung des
Bayer. Demenzfonds

Gesamteinnahmen

(Gesamteinnahmen müssen gleich
den Gesamtausgaben sein)

* mit Angabe zur Funktion innerhalb des Vorhabens, zum Stundenlohn und zur Stundenanzahl
(M) Der Maximalbetrag beträgt für Bürobedarf 250 €, für IT-Bedarf max. 30,00 € / Monat

Ergänzende Hinweise für das Ausfüllen des Antragsformblatts:

Zu Seite 2 - Beginn des Vorhabens

Zuwendungen dürfen grundsätzlich nur für Vorhaben gewährt werden, mit deren Ausführung noch nicht begonnen wurde. Gemäß Nr. 1.3.1 der VV zu Art. 44 BayHO ist jede Abgabe einer verbindlichen Willenserklärung zum Abschluss eines der Ausführung zuzurechnenden Lieferungs- oder Leistungsvertrages als ein derartiger (förderschädlicher) Beginn zu werten. Ein Vorhaben gilt nicht als begonnen, wenn der Vertrag von vorneherein ein eindeutiges und ohne finanzielle Folgen bleibendes Rücktrittsrecht für den Fall der Nichtgewährung der beantragten Zuwendung enthält, oder unter einer eindeutigen aufschiebenden oder auflösenden Bedingung für den Fall der Nichtgewährung der beantragten Zuwendung geschlossen wird. Im begründeten Einzelfall kann auf Grundlage eines schriftlichen Antrags gemäß Nr. 1.3.3 der VV zu Art. 44 BayHO ausnahmsweise eine Zustimmung zum vorzeitigen Vorhabenbeginn erteilt werden.

Zu Seite 8 - Finanzierung

Eine Förderung ist in der Regel nur möglich, wenn die zuwendungsfähigen Gesamtausgaben für das beantragte Vorhaben mindestens 2.000 Euro betragen. Die Zuwendung ist als Anteilfinanzierung für einen Bewilligungszeitraum von in der Regel bis zu 18 Monaten zu gewähren. Die Förderung beträgt bis zu 90 % der zuwendungsfähigen Gesamtausgaben eines beantragten Vorhabens, höchstens jedoch 15.000 Euro (Förderrichtlinie Demenz und Teilhabe - DEMTeil Nrn. 1.5.1, 1.5.2 und 1.5.6).

Datenschutzhinweise zur „Förderung von „Teilhabengeboten“ aus dem Bayerischen Demenzfonds“

Verantwortlich für die Verarbeitung dieser Daten ist das
Bayerische Landesamt für Pflege
- Datenschutz -
Mildred-Scheel-Straße 4
92224 Amberg
E-Mail: datenschutz@lfp.bayern.de

Ihre Daten werden erhoben, um Ihren **Antrag auf Gewährung einer Zuwendung aus dem Bayerischen Demenzfonds** zu bearbeiten. Rechtsgrundlagen der Verarbeitung sind:

- Art. 6 Abs. 1 Satz 1 Buchst. c) und e) Datenschutz-Grundverordnung (**DSGVO**) und
- Art. 4 und 5 Abs. 1 Bayerisches Datenschutzgesetz (**BayDSG**) und
- Art. 23 und 44 Bayerische Haushaltsordnung (**BayHO**) und
- die hierfür erlassenen Verwaltungsvorschriften, vor allem die **Richtlinie für die Gewährung von Förderungen und Vergabe von Auszeichnungen aus dem Bayerischen Demenzfonds** (Förderrichtlinie Demenz und Teilhabe - DEMTeil) vom 17. Januar 2023, Az. 42c-G8300-2019/1438-48.

Ihre personenbezogenen Daten werden an das das Expertengremium des Bayerischen Demenzfonds (gem. Nr. 4.2 DEMTeil) und das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention als übergeordnete Behörde weitergegeben, um über die Förderfähigkeit der Anträge entscheiden zu können.

Ihre Daten werden von uns nach der Erhebung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen erforderlich ist. Ihnen stehen nach der DSGVO als betroffene Person einer Datenverarbeitung die Rechte gem. Art. 15 bis 20, gem. Art. 22 und Art. 77 sowie das Widerspruchsrecht gem. Art. 21 DSGVO zu. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer Daten und Ihre Rechte bei der Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf der Homepage des Bayerischen Landesamts für Pflege unter <https://www.lfp.bayern.de/datenschutzerklaerung/>. Bei Bedarf erhalten Sie diese und weitere Informationen auch von unserem behördlichen Datenschutzbeauftragten, den Sie per E-Mail unter datenschutz@lfp.bayern.de erreichen können. Zum Zweck der Auszahlung der Fördermittel werden Ihre hierfür erforderlichen Daten an die Staatsoberkasse Bayern übermittelt.

Die Mitteilung personenbezogener Daten erfolgt grundsätzlich freiwillig. Unterbleibt eine Bereitstellung personenbezogener Daten, kann das Landesamt für Pflege den Antrag jedoch möglicherweise nicht bearbeiten und keine Zuwendung gewähren.

Erklärung zu den gemachten Angaben

Die aktuelle Förderrichtlinie Demenz und Teilhabe – DEMTeil vom 17. Januar 2023 (Az. 42c-G8300-2019/1438-48) des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit, Pflege und Prävention habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben im Antrag und in den Anlagen. Ich bin mir darüber im Klaren, dass ich einer Anzeigepflicht gegenüber dem Bayerischen Landesamt für Pflege unterworfen bin, wenn sich Änderungen bei den erteilten Angaben ergeben sowie darüber, dass fehlerhafte oder unvollständige Angaben strafrechtliche Konsequenzen zur Folge haben können.

Die Antragstellerin bzw. der Antragsteller erklärt, dass

- mit der Durchführung der Maßnahme noch nicht begonnen wurde und auch nicht vor Bekanntgabe des Zuwendungsbescheids begonnen wird;
- die Verbindlichkeit der Vorschriften der aktuellen ANBest-P bzw. ANBest-K bekannt sind;
- ihr/ihm bekannt ist, dass vorsätzlich oder leichtfertig falsche oder unvollständige Angaben und Erklärungen eine Rücknahme des Zuwendungsbescheids zur Folge haben können;
- die Datenschutzhinweise zur "Förderung von Teilhabeangeboten" aus dem Bayerischen Demenzfonds" zur Kenntnis genommen wurden;
- sie/er damit einverstanden ist, dass vorstehende Daten zum Zweck der Förderbearbeitung erhoben, elektronisch gespeichert und verarbeitet werden und im Falle einer Förderung eine Kurzdarstellung des Teilhabeangebots öffentlich gemacht und in öffentliche Verzeichnisse, ggf. auch anderer Stellen, aufgenommen wird;
- sie/er damit einverstanden ist, dass alle Antragsangaben und -unterlagen an eine andere Behörde, insbesondere an den Bayerischen Obersten Rechnungshof zum Zwecke der Überprüfung weitergegeben werden dürfen.

Ort, Datum

Vorname Name der vertretungsberechtigten
Person (in Druckbuchstaben)

Unterschrift

Ort, Datum

Vorname Name der vertretungsberechtigten
Person (in Druckbuchstaben)

Unterschrift