SØKNAD OM TILSKUDD FOR 2025 – INCESTSENTRA

FOR AKTIVITET I HELSE SØR-ØST SITT OMRÅDE

# Søknadsfrist 1.desember 2024

|  |  |
| --- | --- |
| **1.0** **SØKER:** | Søkerorganisasjonens fulle navn:       Organisasjonens postadresse:        Postnr. :       Sted:      For incestsentra, vertskommunens navn:       Samlet antall/årsverk administrativt personell:      Organisasjonsnr.:      Vertskommunens navn og kontaktperson.:       |
| **2.0 KONTAKT-****PERSON****for denne søknaden** | 2.1 Navn:       Mobiltelefon:      E-post:      2.2 Postadresse for svar på søknad dersom annen enn organisasjonens adresse skal  benyttes:        |
| **3.0 KONTONR.** | 3.1 Konto (11 siffer):       **Sjekk at oppgitt kontonummer er korrekt.** |
| **4.0 Opplysninger om søker** | Søkerorganisasjonens geografiske virksomhetsområde:4.1    Helseregion sør-øst *eller*4.2    Ett eller flere fylker i regionen (sett kryss foran rett fylke):    Østfold   Akershus   Buskerud   Oslo   Innlandet   (Hedmark)   (Oppland)   Vestfold   Telemark   Agder   (Aust-Agder)    (Vest-Agder) **Dersom virksomheten dekker mindre del av et fylke skal det opplyses hvilke kommuner som omfattes.**   |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5.0** **Drift og aktivitet det søkes tilskudd til.**  | Kortfattet beskrivelse av plan for bruk av midler som som det søkes Helse Sør RHF om støtte til. Dersom mindler fra Helse Sør-Øst RHF planlegges brukt til delfinansiering av virksomhet bør dette fremgå. Øvrige offentlige samarbeidspartnere og finansieringskilder oppgis. Beløp oppgis i hele 1000 kroner. Virksomheten kan beskives grundigere i vedlegg.

|  |  |
| --- | --- |
| **Virksomhet**  | **Beregnet/ kostnad**  |
|  |  |

 |
| **6.0****Krav til søknaden** | **ØVRIG informasjon som må vedlegges:*** Årsmelding/årsrapport for året 2023 hvor aktiviteten framgår, siste godkjente årsmøteprotokoll, samt årsregnskap m/revisorberetning undertegnet av revisor.
* Sentre som fikk tilskudd fra Helse Sør-Øst RHF for 2024 må fylle ut rapporteringsskjema med beskrivelse av hvordan midlene er anvendt.
* Dersom tildelte midler for 2024 ikke er benyttet fullt ut, kan de overføres til 2025. Dette skal fremkomme av skjemaets punkt 10. Det er ikke nødvendig å søke om overføring av midler.

**Alle vedlegg må merkes tydelig med organisasjonens navn og skal nummereres.** |
| **7.0****Diverse opplysninger/merknader** | **7.1 Eventuelt andre opplysninger/merknader.**       |
| **8.0** **Underskrift** | 8.1Jeg er kjent med at jeg er pliktig til å rapportere hvordan midlene er anvendt. Jeg er klar over at Helse Sør-Øst RHF kan kreve midlene refundert dersom de ikke er brukt i samsvar med formål angitt i søknad.**Navn:       Tittel:** **Sted:** **Dato (dd.mm.åååå):****Underskrift:** Original eller skannet |
| **9.0****Søknad sendes** | Elektronisk (som pdf-fil) til postmottak@helse-sorost.no *Eventuelt per ordinær post til* Helse Sør-Øst RHFPostboks 4042303 HAMARVed spørsmål om utfylling av søknadsskjema eller andre spørsmål vedrørende søknaden, kan det tas kontakt med: Ida-Anette Kalrud, idak@helse-sorost.no, 918 22 307/02411. |

**10. 0 RAPPORTERING for 2024**

**Gjelder brukerorganisasjoner som har fått tilskudd fra Helse Sør-Øst RHF for 2024. Det skal kun rapporteres på midler tildelt fra Helse Sør-Øst RHF.**

Beløp oppgis i hele 1000 kroner.

|  |
| --- |
| Navn:       |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 10.1 Tildelt beløp fra Helse Sør-Øst RHF for 2024: | Kr. |
| 10.2 Eventuelt overført beløp tildelt fra Helse Sør-Øst RHF fra tidligere år: | Kr. |
| 10.3 Til disponibelt beløp i 2024 fra Helse Sør-Øst RHF. Dette beløpet føres inn under pkt 1 i nedenstående tabell) | Kr. |

 |
| Oppsummert og konkret beskrivelse av gjennomførte aktiviteter finansiert av midler fra Helse Sør-Øst RHF: jf. retningslinjer for ordningen. Utdypende beskrivelse bør medfølge som vedlegg.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Inntektpost** | **Fradragsposter** |
| **Til disposisjon fra Helse Sør-Øst RHF** | Kr. |  |
|  |  | Kr. |
|  |  | Kr. |
|  |  | Kr. |
|  |  | Kr. |
| SUM (inntektspost og fradragspost skal være samme beløp).  | Kr. | Kr. |

**Som angitt i tildelingsbrev kan midler kreves tilbakebetalt dersom de ikke er anvendt i samsvar med tildelingsbrev for 2024. Ufullstendig rapportering om bruk av midler i 2024 vil kunne resultere i redusert tilskudd eller avslag for 2025.**  |
| Sted:        | Dato:       |
| Underskrift: Navn ( original eller skannet) og tittel/funksjonKasserer/regnskapsansvarlig/revisor: Navn:Telefon:   |