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](mailto:postmottak@helse-sorost.no)  *Eventuelt per ordinær post til*  Helse Sør-Øst RHF  Postboks 404  2303 HAMAR  Ved spørsmål om utfylling av søknadsskjema eller andre spørsmål vedrørende søknaden, kan det tas kontakt med:  Ida-Anette Kalrud, [idak@helse-sorost.no](mailto: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/funksjon  Kasserer/regnskapsansvarlig/revisor:  Navn:  Telefon: | |