|  |
| --- |
| **SØKNAD OM TILSKUDD 2025**  **Oppfølging av voksne med behov for langvarig oppfølging og sammensatte tjenester** |

**Informasjon til søker**

* En søknad må alltid ha én aktør som har ansvaret selv om flere samarbeider om tiltaket/prosjektet. Dersom flere virksomheter har samarbeidet, skal dere forklare hvem dere har samarbeidet med og hva samarbeidet består av
* Med tiltak menes her både tidsavgrensede prosjekter, løpende tiltak eller aktiviteter som det mottas tilskudd til

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Informasjon om søker og kontaktperson** | | | | | | | | | | |
| **Informasjon om søker (informasjonen legger grunnlag for utbetaling av tilskudd. Vær nøyaktig).** | | | | | | | | | | |
| **Kommune** | | | | Skriv her. | | | **Kontonummer** | | Skriv her. | |
| **Adresse** | | | | Skriv her. | | | **Organisasjonsnummer** | | Skriv her. | |
| **Postnummer** | | | | Skriv her. | | | **Postmottak/offisiell epostadresse** | | Skriv her. | |
| **Samarbeidspartner(e) i tiltaket** | | | | Skriv her. | | | | | | |
| **Informasjon om kontaktperson** | | | | | | | | | | |
| **Navn** | | | | **Tittel** | | | **Telefon** | | **Epost** | |
| Skriv her. | | | | Skriv her. | | | Skriv her. | | Skriv her. | |
| **Om tiltaket** | | | | | | | | | | |
| **Nytt tiltak/videreføring** | | | | | | | | | | |
| **Nytt i 2025** | | | |  | | | **Videreføring** | |  | |
| **Ved videreføring** | | | | | | | | | | |
| **Tiltaket mottok tilskudd første gang i** | | | | | | | Skriv her. | | | |
| **Tiltaket hadde oppstart i** | | | | | | | Skriv her. | | | |
| **Prioriterte tiltak, se regelverk for detaljer.** | | | | | | | | | | |
|  | | Forprosjekt | | | | | | Prioritering 1  Prioritering 2 | | |
| **For tiltak etter prioritering 1, huk av** | | | | | | | | | | |
|  | ACT-team | | | | | | | | | |
|  | FACT-team | | | | | | | | | |
|  | Planlagt fidelitymåling | | | | Hvis ja, beskriv: | Skriv her. | | | | |
| **For tiltak etter prioritering 2 huk av** | | | | | | | | | |
|  | | | Kunnskapsbaserte modeller som f.eks. Housing First | | | | | | |
|  | | | Utprøving og evaluering av nye metoder/arbeidsformer og modeller på psykisk helse-, rus- og voldsfeltet. | | | | | | |

|  |
| --- |
| **Tiltakets formål, begge prioriteringer** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gi en beskrivelse av tiltakets formål, beskrivelse av tiltaket, samt aktuell målgruppe**   * I søknaden må det beskrives tydelig hvordan tildelingskriteriene under pkt. 5 i regelverket skal oppfylles. | | | | |
| Skriv her. | | | | |
| **Budsjett og finansiering, se regelverk for detaljer.** | | | | |
| **Kun for tverrfaglige oppsøkende behandlings- og oppfølgingsteam, herunder ACT- og FACT-team** | | | | |
| **Oppgi antall 100% stillingshjemler i behandlingsteamet det søkes delfinansiering av**  Vennligst legg ved oversikt over antall teamansatte, samt deres kompetanse og funksjon i teamet. | | | Skriv her. | |
| **Budsjett (for begge prioriteringer)** | | | | |
| **Søknadsbeløp** (inkludert ubrukt tilskudd)  Søk kun om tilskudd for ett år av gangen | | | Skriv her. | |
| **Ubrukt tilskudd 2024**  Ved innvilgelse vil ubrukt tilskuddsbeløp trekkes fra ved utbetaling | | | Skriv her. | |
| **Spesifikasjon av utgifter (fylles kun ut av søkere til prioritering 2)** | | | | |
| **Utgifter** | Lønnsutgifter med sosiale utgifter | | Skriv her. | |
| Andre utgifter (spesifiser) | | Skriv her. | |
| **Sum utgifter**  (Identisk med søknadsbeløpet) | | | Skriv her. | |
| **Egenfinansiering (for begge prioriteringer)**  Redegjør for hvor stor egenfinansiering, stillingsressurs eller frivillig innsats dere har fått eller har søkt om til prosjektet fra egen virksomhet og samhandlingsaktører. | | | | |
| Skriv her. | | | | |
| **Vedlegg** | | | | |
| Samarbeidsavtaler mellom samhandlingsaktører og annen informasjon som er relevant for søknadsbehandlingen.  **Merk: Ved søknad om ACT- og FACT-team og andre organisatoriske forpliktende samhandlingstiltak, skal det utarbeides felles søknad og samarbeidsavtale mellom kommune(r) og helseforetak. Samarbeidsavtalen skal vedlegges søknaden, eventuelt ettersendes.**  Beskriv hvilke vedlegg som er lagt ved søknaden | | | | |
| Skriv her. | | | | |
| **Godkjenning**  For kommuner skal søknaden være forhåndsgodkjent av kommunedirektør eller den kommunedirektør har delegert myndighet til.  Særlig for samarbeidstiltak:  Ledelsesforankring i kommunen og helseforetak må framgå av samarbeidsavtalen som underskrives av partene.  Den som godkjenner skal:  *Kjenne vilkårene og kravene i kunngjøringen og regelverket for tilskuddsordningen.*  *Bekrefte at opplysningene i søknaden er korrekte og et godt grunnlag for å vurdere tildeling av statstilskudd. Være kjent med søkers plikt om å melde fra om eventuelle fremtidige endringer som kan ha betydning for vedtak om tildeling av tilskudd.* | | | | |
| Skriv her. | | Skriv her. | | Skriv her. |
| Sted/dato | | Signatur(er) | | Tittel |

***Søknad med vedlegg sendes Statsforvalter innen søknadsfrist.***