**Kladdeskjema for søknad om tilskudd til brukerorganisasjoner for 2025**

**Helse Midt-Norge RHF har elektronisk søknadskjema for tilskudd til brukerorganisasjoner**

**Søknadsfrist for 2025: 01.12.2024**

**Søknadsskjema:**

Søknadsskjemaet kan ikke mellomlagres, slik at du må ha all informasjon tilgjengelig når du begynner å legge inn informasjon i skjemaet. Vi anbefaler at du bruker **DETTE kladdeskjemaet** som hjelp til dette.

På denne måten sikrer du at dere har svart på alle spørsmålene før du overfører dette til det elektroniske skjemaet og trykker SEND.

Sørg for at du har alle vedleggene tilgjengelig, før du begynner utfylling av søknaden. Vennligst les gjennom retningslinjene nøye. Merk at dersom du søker om tilskudd til flere organisasjoner må du fylle ut og sende inn ett skjema for hver organisasjon. Det er ikke anledning til å fylle ut flere søknader per skjema.

**Rapportering:**

Søkere som fikk tilskudd inneværende år **må** rapportere for bruk av disse midlene i søknadsskjemaet for 2025. Rapporteringspunktene er en del av denne elektroniske søknaden.

**Søknaden er bindende:**

Vi gjør oppmerksom på at denne søknaden er bindende og at opplysninger som gis her vil bli behandlet som endelige.  Opplysningene må være utfyllende nok for at saken kan behandles.

Søknaden er offentlig og vil bli lagt ut på offentlig postliste på Helse Midt-Norge RHFs hjemmesider.

Når du har registrert all informasjon i kladdeskjemaet, må du legge det inn på nytt i Questbackskjemaet. Du kan kopier fra kladdeskjemaet og lime inn i Questback.

S**ende inn søknaden:**

Når du er ferdig å registrere og trykker SEND, vil Questback sende en kopi av søknaden til den e-postadressen som er registrert i søknaden.

NB! Denne e-posten sender du videre sammen med vedleggene vi ber om i retningslinjene, til postmottak@helse-midt.no

Opplysninger om tilskuddsordningen kan fås ved å ringe:

Tlf: 74 83 99 29

E-post: postmottak@helse-midt.no

Nettsted: [www.helse-midt.no](http://www.helse-midt.no/)

**1) \* Søkerorganisasjonens fulle navn:**

**2) Eventuell forkortelse på søkerorganisasjon:**

**3) Velg fagområde brukerorganisasjonen tilhører:**

|  |
| --- |
|  Somatikk  |
|  Psykiatri  |
|  Rus  |
|  Pårørende  |
|  Annet  |

**SØKER**

**4) Hvilket område gjelder søknaden for?**

|  |
| --- |
|  Fylke  |
|  Region  |
|  Lokalt |
|  Landsdekkende  |
|  Landsdekkende, søker for aktiviteter i Midt-Norge  |
|  Samarbeidende fylker  |
|  Annet  |

**5) Fylkestilhørighet**

|  |
| --- |
|  Trøndelag  |
|  Møre og Romsdal |
|  Annet  |

**6) Søkerorganisasjonens postadresse**

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

**7) Postnr.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**8) Poststed:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**9) \* Søkerorganisasjonens kontonummer (11 siffer uten punktum)**

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

**10) \* Søkerorganisasjonens organisasjonsnummer (kun siffer)**

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

**KONTAKTPERSON**

**11) \* Navn kontaktperson**

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

**12) \* E-postadresse kontaktperson (denne vil få kopi av søknaden og forespørsel om å sende vedlegg)**

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

**13) \* Telefonnummer kontaktperson**

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

**14) Kort beskrivelse av virksomheten inkludert formål:**

**…...........................................................................................................................**

**…..........................................................................................................................**

**….........................................................................................................................**

**15) Søknad om overføring av tilskudd fra tidligere år til 2025**

|  |
| --- |
|  Ja  |
|  Nei  |

**16) Hvilke tiltak overføres fra hvilket år til 2025; beskriv**

oppgi totalbeløpet som søkes overført:

**17) Hvor mye søkes overført?**

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

**I det følgende skal du oppgi hva søknaden om nye tiltak gjelder, ref. retningslinjene.**

**18) Søknaden om nye tilskudd gjelder:**

|  |
| --- |
| Brukerorganisasjonenes opplæring av brukerrepresentanter og organisering/koordinering av brukerrepresentasjon i spesialisthelsetjenesten  |
| Brukerorganisasjonenes egne informasjons-/opplærings- og mestringskurs  |
| Brukerorganisasjonenes egen opplæring i og utøvelse av organisert likepersonsarbeid  |
| Brukerorganisasjonenes egenorganiserte og ikke honorerte opplæring av helsepersonell og studenter  |
| Brukerorganisasjonenes arbeid med rekruttering av unge, og mennesker med flerkulturell bakgrunn som brukerrepresentanter og likepersoner  |
| Brukerorganisasjonenes opplæring av egne tillitsvalgte  |
| Drift av brukerorganisasjon  |

**19) \* Antall medlemmer (fylket/regionen/lokalt)**

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

Oppgi hvor mange tiltak du søker støtte for – maks 6 mulig

**20) Antall tiltak**

|  |
| --- |
| Velg …  |

**21) Hva vil man oppnå med tiltak nr 1 (målsetting)**

**22) Hvor mange omfattes av tiltak nr. 1?**

**23) Hva slags aktivitet går tiltak nr 1 ut på?**

Kurs, beskriv

Konferanse, beskriv

Samling, beskriv

Møter, beskriv

Opplæring, beskriv

Annet, beskriv

**24) Søknadsbeløp tiltak nr 1 (kun tall, eks. 123456): kr** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**25) Hva vil man oppnå med tiltak nr 2 (målsetting)**

**26) Hvor mange omfattes av tiltak nr. 2?**

**27) Hva slags aktivitet går tiltak nr 2 ut på?**

Kurs, beskriv

Konferanse, beskriv

Samling, beskriv

Møter, beskriv

Opplæring, beskriv

Annet, beskriv

**28) Søknadsbeløp tiltak nr 2: kr** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**29) Hva vil man oppnå med tiltak nr 3 (målsetting)**

**30) Hvor mange omfattes av tiltak nr. 3?**

**31) Hva slags aktivitet går tiltak nr 3 ut på?**

Kurs, beskriv

Konferanse, beskriv

Samling, beskriv

Møter, beskriv

Opplæring, beskriv

Annet, beskriv

**32) Søknadsbeløp tiltak nr 3: kr** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Har dere flere tiltak, kopier denne siden så mange ganger dere trenger.**

**Kan være maks 6 tiltak.**

Øverst i skjemaet

**45) \* Samlet søknadsbeløp for 2025 (summen av alle enkelttiltak) (Kun tall: eks. 123456):**

 **kr** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**46) Totalt budsjett for alle tiltakene: kr** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**47) Andre finansieringskilder (oppgi navn og beløp)**

**48) \* Godta vilkår for tildeling**

|  |
| --- |
| Jeg har gjort meg kjent med retningslinjene for tilskuddsordningen. Jeg er kjent med at jeg er pliktig til å rapportere hvordan midlene er anvendt. Jeg er klar over at Helse Midt-Norge RHF kan kreve midlene refundert dersom de ikke er brukt i samsvar med formål angitt i søknad og retningslinjer for tildeling.  |

**49) \* Har søkerorganisasjonen mottatt støtte fra Helse Midt-Norge RHF for 2024?**

|  |
| --- |
|  Ja   Nei  |

Om ja vil du få opp følgende:

Her skal det rapporteres på hvordan tildelte midler i 2024 ble brukt på hvert tiltak.

**50) Hva var søkerorganisasjonens navn**

|  |
| --- |
|  Samme som oppgitt tidligere i skjema  Annet navn, oppgi her:  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**51) Gi en god beskrivelse av tiltak som er gjennomført i år og hva som er planlagt innen utgangen av året:**

**….............................................................................................................................**

**….............................................................................................................................**

**….............................................................................................................................**

**….............................................................................................................................**

**................................................................................................................................**

**................................................................................................................................**

**......................................**

**(**Vær grundig i beskrivelsen av gjennomførte tiltak**)**

**52) \* Tilskudd fra HMN 2024 (inkl. ev. overført beløp fra tidligere år): kr**

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

**53) Tilskudd fra andre: kr**

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

**54) Egne midler: kr.**

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

**55) Hvor fikk du vite om muligheten for å søke om midler?**

|  |
| --- |
|  Internett  |
|  Facebook  |
|  Medlemsblad  |
|  Annet ***Send inn!***NB!Når du sender inn Questbackskjemaet vil første del av din elektroniske søknad være registrert.Du vil da få tilsendt en kvittering på e-postadressen du oppgav i skjemaet. Kvitteringen inneholder en kopi av skjemaet du har fylt ut.For å fullføre søknaden **må** du sende denne kvitteringen videre til postmottak@helse-midt.no og legge med etterspurt **rapportering/ vedlegg** som beskrevet i retningslinjene. Søknader uten etterspurt rapportering/vedlegg vil ikke bli behandlet. |