|  |
| --- |
| **SØKNAD OM TILSKUDD 2020**  **Tilbud til voksne med langvarige og sammensatte tjenestebehov**  **Kapittel 0765 post 60** |

**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** | | | | | | | | | | |
| **Kommune/Statlige foretak** | | | Skriv her. | | | **Kontonummer** | | | Skriv her. | |
| **Adresse** | | | Skriv her. | | | **Kommunenummer/**  **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** | | | | | | | | | | |
| **Videreføring/nytt tiltak 2020** | | | | | | | | | | |
| **Nytt i 2020** | | |  | | | **Videreføring** | | |  | |
| **Ved videreføring** | | | | | | | | | | |
| **Tiltaket mottok tilskudd første gang i** | | | | | | Skriv her. | | | | |
| **Tiltaket hadde oppstart i** | | | | | | Skriv her. | | | | |
| **Prioriterte tiltak** | | | | | | | | | | |
| **Prioriterte tiltak 1**  Det gis tilskudd til delfinansiering av etablering og drift av tverrfaglige aktivt oppsøkende behandlingsteam etter ACT- modellen (Assertive Community Treatment) og FACT-modellen (Flexible ACT). I DPS- regioner med et mindre befolkningsgrunnlag enn om lag 15 000 innbyggere, kan det gis tilskudd til andre typer oppsøkende og teambaserte tjenester. | | | | | | | | | | |
|  | ACT-team | | | | | | | | | |
|  | FACT-team | | | | | | | | | |
|  | Andre typer oppsøkende og teambaserte tjenester | | | | | | | | | |
|  | Forprosjekt (ACT- eller FACT-team) | | | | | | | | | |
| * Tilskuddet kan benyttes til drift (inkl. lønnsutgifter), opplæring av teamansatte, evaluering og annen implementeringsstøtte herunder interne og eksterne kostnader knyttet til kvalitetsmålinger (fidelity-vurderinger/ intern audit). * Tilskuddet skal bidra til en omstilling og styrking av eksisterende tjenester, og partene må selv bli enige om hvordan midlene skal benyttes i teametableringen. * Helsedirektoratet vil legge til rette for opplæring og annen implementeringsstøtte i samarbeid med Fylkesmannen og kompetansemiljøene. Kostnader knyttet til deltakelse i opplæring/annen implementeringsstøtte forutsettes dekket av teamene gjennom tilskuddsmidler. * Estimerte kostnader for deltakelse i nasjonalt opplæringsprogram (totalt fem samlinger av to dagers varighet) er satt til 20 000 kr per deltaker (eks. reiseutgifter). | | | | | | | | | | |
|  | Er det behov for opplæring i ACT/FACT-modellen | | | | Hvis ja, antall teamansatte som har behov for opplæring | | | | | Skriv her. |
|  | Er det ønskelig med tilbud om fidelity-/kvalitetsmåling av ACT/FACT-teamet? | | | | | | | | | |
|  | Annen evaluering | | | | Hvis ja, beskriv pågående eventuelt planlagt evaluering | | | | | Skriv her. |
| **Prioriterte tiltak 2**  Det gis tilskudd til følgende prioriterte tiltak i Prop. 15 S (2015-2016) Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) | | | | | | | | | | |
|  | Etablering av mottaks- og oppfølgingsentre (MO-sentre) | | | | | | | | | |
|  | Lavterskel substitusjonsbehandlingstilbud, f.eks. etter modell av LASSO | | | | | | | | | |
|  | Behandlingsforberedende tiltak | | | | | | | | | |
|  | Housing First-tiltak | | | | | | | | | |
| **Prioriterte tiltak 3**  Det gis tilskudd til utprøving og evaluering av nye metoder/ arbeidsformer og modeller på psykisk helse- rus- og voldsfeltet. | | | | | | | | | | |
| **Tiltakets formål** | | | | | | | | | | |
| **Gi en beskrivelse av tiltakets formål, beskrivelse av tiltaket, samt aktuell målgruppe**   * I søknaden må det beskrives tydelig hvordan tildelingskriteriene under pkt. 4 i regelverket skal oppfylles. | | | | | | | | | | |
| Skriv her. | | | | | | | | | | |
| **Kontrolltiltak**  Beskriv de interne og eksterne kontrolltiltak som skal sikre korrekt rapportering og at målene nås. Eks.: internrevisjon, autorisert/ikke autorisert revisor, andre offentlige tilsyn, Riksrevisjonen, evaluering og systematisk kvalitetssikret dokumentasjon. | | | | | | | | | | |
| Skriv her. | | | | | | | | | | |
| **Budsjett og finansiering** | | | | | | | | | | |
| **Informasjon om tilskuddsberegninger**  Det gis tilskudd i inntil fire år til nye tiltak/prosjekter, med gradvis skjønnsmessig nedtrapping og økt grad av egenfinansiering.  Det gis et tilskudd på inntil 300 000 per 100 % stillingsressurs i behandlingsteamet de to første årene. Det gis kun tilskudd til inntil 10 100 % stillinger per ACT-team eller FACT-team, maksimalt 3 mill. kroner i tilskudd per team. Som et ledd i implementering i ordinær drift, reduseres midlene som beskrevet under:  - År 1: Kr 300 000 pr stilling (inkl. midler til opplæring/annen implementeringsstøtte)  - År 2: Kr 300 000 pr stilling (inkl. midler til opplæring/annen implementeringsstøtte)  - År 3: Kr 250 000 pr stilling (inkl. midler til opplæring/annen implementeringsstøtte)  - År 4: Kr 200 000 pr stilling (inkl. midler til opplæring/annen implementeringsstøtte)  Ut fra en skjønnsmessig vurdering kan det gis tilskudd på inntil kroner 600 000 til forprosjekt. Tilskuddsperioden vil da bli maksimalt fem år.  For tiltak/prosjekter som ikke faller inn under kategorien tverrfaglige oppsøkende behandlings- og samhandlingsteam, tildeles midlene skjønnsmessig, og med en gradvis reduksjon og økt grad av egenfinansiering. | | | | | | | | | | |
| **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. | | | |
| Hvor stor andel av tilskuddsmidlene per stilling planlegges brukt til kompetanseheving/opplæring/annen implementeringsstøtte | | | | | | | Skriv her. | | | |
| **Budsjett** | | | | | | | | | | |
| **Søknadsbeløp** (inkludert ubrukt tilskudd)  Søk kun om tilskudd for ett år av gangen | | | | | | | Skriv her. | | | |
| **Ubrukt tilskudd**  Ved innvilgelse vil ubrukt tilskuddsbeløp trekkes fra ved utbetaling | | | | | | | Skriv her. | | | |
| **(ACT/FACT-team trenger ikke fylle ut følgende)** | | | | | | | | | | |
| **Utgifter** | | Lønnsutgifter med sosiale utgifter | | | | | Skriv her. | | | |
| Reiseutgifter, arrangement, møter, konferanser | | | | | Skriv her. | | | |
| Konsulenttjenester | | | | | Skriv her. | | | |
| Trykking, publikasjoner, kunngjøringer, utsending og distribusjonskostnader | | | | | Skriv her. | | | |
| Driftsutgifter, forbruksmateriell og kontortjenester inkludert lokaler og energi | | | | | Skriv her. | | | |
| Andre utgifter | | | | | Skriv her. | | | |
| **Sum utgifter**  (Identisk med søknadsbeløpet) | | | | | | | Skriv her. | | | |
| **Delfinansiering/tilskudd fra andre instanser** | | | | | | | | | | |
| Skriv her. | | | | | | | | | | |
| **Egenfinansiering**  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**  Søknaden skal være godkjent av styreleder eller den som har prokura. For kommuner og fylkeskommuner skal rapporteringen være forhåndsgodkjent av rådmannen eller den rådmannen har delegert myndighet til.  Særlig for ACT- og FACT-team og andre samarbeidstiltak:  Ledelsesforankring i kommunen og helseforetak må framgå av søknaden 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 Fylkesmannen innen 1. mars 2020***