**Søknadsskjema 2025**

**Søknadsfrist: 15. mai og 1. oktober 2025**

**Sum til fordeling: 23.796.000 kroner**

Utfylt skjema og eventuelle vedlegg sendes til arbeidsutvalget til Strategisk samarbeidsutvalg ved: Randi Klemetsen randi.klemetsen@baerum.kommune.no

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Beskrivelse**  |
| **Tiltakets tittel/tema** |  |
| **Søker/-e** (kommune(r), enhet i VV) |  |
| **Prosjektansvarlig/** **Kontaktperson** | **Navn:**  |  |
| **Virksomhet:** |  |
| **Adresse:**  |  |
| **Telefon:**  |  |
| **E-post:**  |  |
| **Hvilke samarbeidende enheter inngår i søknad?** Hvem deltar fra kommunene, VV og brukere |  |
| **Beskrivelse** av prosjektet, inkludert mål, aktiviteter, forventede resultater og varighet.Plan for videre finansiering og drift.Når det er relevant må prosjektplanen som utarbeides avklare hvem som har ansvaret for pasientene i gjennomføringen av prosjektet. |  |
| **Er det undersøkt om andre prosjekter har overføringsverdi til oss?**Beskriv |  |
| **Brukermedvirkning**Beskriv hvordan |  |
| **Beskrivelse av gevinstpotensial og -realisering**Beskriv kvalitative og økonomiske gevinster i prosjektet |  |
| **Beskriv overføringsverdi**Beskriv hvilke muligheter prosjektet vil ha på læring- og spredning i helsefellesskapet |  |
| **Hvordan vil tiltaket virke inn på rekruttering?** |  |
| **Hvordan skal prosjektet evalueres?**Er det avtalt følgeforskning? |  |
| **Kostnadsberegning/ budsjett** (Spesifiser personellkostnader, driftskostnader, egeninnsats og fordeling av midler mellom nivåene)Informasjon om annen finansiering eller støtte som prosjektet søker/mottar.Her vises til 3 eksempler på finansieringsbehov som kan være aktuelle:- «Pukkeleffekt» Prosjektet beskriver behov for økt finansieringsbehov i kort periode der finansierings-behovet er størst.- Dreiing fra støtte til egenfinansiering og varig drift- Utviklingsprosjekt, som beskriver en forstudie, pilot, oppskalering. |  |
| **Totalsum for denne søknad** |  |
| **Planlagt varighet på prosjektet** |  |
| **Beskriv hvilken risiko som knyttes til gjennomføring av prosjektet.**  |  |
| **Bekreftelse på forpliktende samarbeid og lederforankring i Vestre Viken og kommune** | **Sted og dato**:**Underskrift****Klinikksjef**: **Kommunalsjef:** |

Ved spørsmål:

Koordinator for Kommunehelsesamarbeidet: Randi Klemetsen randi.klemetsen@baerum.kommune.no,

Rådgiver Vestre Viken, Avdeling for Samhandling, brukermedvirkning og helsekompetanse: Eli Fossan Rasmussen sbrase@vestreviken.no