|  |
| --- |
| Fachstelle Gesundheitsförderung, Hofgraben 5, 7001 Chur www.gr.ch/gf081 257 64 00, gf@san.gr.ch  |
| Impulsveranstaltungen Gesundheitsförderung |
| **Antragsformular** |

Arbeitstitel der Veranstaltung: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Ort und Datum der Veranstaltung: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Trägerschaft (Organisation/Verein/Stiftung): Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Adresse, PLZ/Ort: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Ansprechperson/Projektleitung: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Telefonnummer: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

E-Mail: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Gesamtkosten der Veranstaltung** (gemäss Budget) **CHF** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Beantragter Betrag** (50% der Gesamtkosten bis max. CHF 2'000) **CHF** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

|  |
| --- |
| Kurzbeschrieb des Anlasses (Thema, Methode) |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |
| --- |
| Erwartungen an die Impulsveranstaltung |
| Erwartete Teilnehmeranzahl: |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Wer ist die Zielgruppe? (z.B. ältere Menschen, Angehörige, junge Erwachsene, Eltern) |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Was will bei der Zielgruppe bewirkt werden? |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

**Rahmenbedingungen**

* Veranstaltende verpflichten sich, die Impulsveranstaltung gemäss Absprache mit dem Gesundheitsamt durchzuführen. Grundlage dafür ist das Dokument «Impulsveranstaltungen Gesundheitsförderung – Factsheet für Veranstaltende».
* Vorliegendem Antragsformular ist ein Budget mit den Gesamtkosten beizulegen. Budgetposten: Miete Räumlichkeit, Honorare von Referentinnen und Referenten, Gesprächsteilnehmenden etc., Vorführrechte, Verpflegung, Schaltung Inserate. Personalkosten der Veranstaltenden können nicht berücksichtigt werden.
* Veranstaltende reichen bis spätestens zwei Wochen nach dem Anlass die Schlussabrechnung ein und füllen den Evaluationsbogen auf [findmind.ch](https://findmind.ch/c/impulsveranstaltungGFiA) aus. Nähere Informationen dazu erhalten sie mit positivem Gesuchsentscheid.

Ort, Datum: Unterschrift:

|  |
| --- |
| **Beurteilung durch das Gesundheitsamt Graubünden:** |
| [ ]  Unterstützung bewilligt [ ]  Unterstützung nicht bewilligt Ort, Datum Gesundheitsamt Graubünden |

|  |
| --- |
|  |
| Mit Unterstützung von |  | V06/2024 |