|  |
| --- |
| Fachstelle Gesundheitsförderung, Hofgraben 5, 7001 Chur www.gr.ch/gf  081 257 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.

Bankverbindung/IBAN-Nr.: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Kontoinhaber: 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, «Gagen» der Gesprächsteilnehmenden, Vorführrechte, Verpflegung, Schaltung Inserate; keine Personalkosten der Veranstaltenden)
* Veranstaltende senden den ausgefüllten Evaluationsbogen bis spätestens zwei Wochen nach dem Anlass an gf@san.gr.ch

Ort, Datum: Unterschrift:

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| Mit Unterstützung von |  | V08/2023 |