

**Het aanvragen van een voucher**

De voucher van ABR-zorgnetwerk NH-FL is een financiële tegemoetkoming voor zorgpartners en -professionals in de regio die hun kennis of beleid ten aanzien van antibioticaresistentie willen verbeteren.

**De criteria om voor een voucher in aanmerking te komen**

Aanvragen moeten voldoen aan de volgende voorwaarden:

a. De aanvrager maakt deel uit van het Regionaal Zorgnetwerk Antibioticaresistentie (ABR) Noord-Holland West of Noord-Holland Oost/Flevoland.

b. De aangevraagde activiteiten komen zonder deze subsidie niet tot stand.

c. De activiteiten zijn aanvullend op activiteiten die al worden ondernomen om meer samenhang te realiseren tussen de publieke gezondheidszorg, de eerste en tweede lijn en de langdurige zorg, als ook activiteiten die reeds via het ABR-zorgnetwerk worden gefinancierd.

d. De aangevraagde activiteiten passen bij de activiteiten die het ABR-zorgnetwerk vervult. De activiteiten versterken het functioneren van de netwerken.

e. Zowel de startsituatie als de situatie na afronding van de inspanning wordt in kaart gebracht en geëvalueerd.

f. Er wordt een tegenprestatie afgesproken.

g. De activiteiten betreffen niet “de warme fase” (bestrijding van een uitbraak). De focus ligt op de koude fase.

**Procedure**

a. De aanvrager download het aanvraagformulier (Word-format) van de website en vult het in.

b. Het ingevulde aanvraagformulier wordt als pdf gezonden naar abr.nhfl@amsterdamumc.nl.

c. Het RCT (regionaal coördinatie team) stuurt een ontvangstbevestiging.

d. Het RCT toetst de aanvraag binnen 4 weken en informeert de aanvrager schriftelijk over het besluit.

e. Als het oordeel van het RCT positief is, wordt een van de RCT-leden aangesteld als contactpersoon voor de aanvrager. Het RCT-lid houdt contact met de aanvragende organisatie over het verloop van de activiteit.

f. Na afronding wordt i.s.m. het RCT-lid geëvalueerd.

g. De afgesproken tegenprestatie wordt uitgevoerd.

h. Bij een gehonoreerde aanvraag krijgt de organisatie het toegekende bedrag overgemaakt nadat de evaluatie is afgerond.

De aanvrager stuurt de factuur per mail naar abr.nhfl@amsterdamumc.nl.

De facturen richten aan:

Netwerk Acute Zorg NH-FL

t.a.v. dhr F. de Groot

Meibergdreef 9

1105 AZ Amsterdam

Op de factuur (naast de standaardinformatie) het volgende vermelden:

* Voucher ABR zorgnetwerk NH-FL
* Kostenplaatsnummers F000576-2.3 / F000577-2.3
* De naam van de aanvrager van de voucher

**Gegevens aanvragende partij**

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam aanvrager** |  |
| **Emailadres aanvrager** |  |
| **Telefoonnummer aanvrager** |  |
| **Functie aanvrager** |  |
| **De organisatie /locatie waarbij de aanvrager werkzaam is (NAW-gegevens, met emailadres en telefoonnummer)** |  |
| **Voor welke activiteit/opleiding is deze aanvraag?** |  |
| **Wat zijn de kosten voor deze activiteit/opleiding?** |  |
| **Bij welke organisatie wilt u deze activiteit/opleiding doen?** |  |
| **Staat het management achter uw aanvraag?**  |  |
| **Hoe sluit de opleiding/activiteit aan op uw dagelijkse werkzaamheden?** |  |
| **Waarom wilt u deze activiteit uitvoeren / deze opleiding volgen?** |  |
| **Wat gaat u na de activiteit of opleiding doen met de opgedane kennis en vaardigheden?** |  |
| **Hoe wilt u verder betrokken blijven bij het ABR- Zorgnetwerk?**  |  |

**Besluit van het RCT**

|  |  |
| --- | --- |
| **Vergoeding: Ja/Nee** |  |
| **Hoogte van de vergoeding** |  |
| **Betrokken RCT-lid** |  |
| **Aanvullende afspraken die gelden voor het verkrijgen van de vergoeding** |  |
| **Tegenprestatie** |  |

**Akkoord aanvrager Akkoord werkgever Akkoord RCT**

**Datum: Datum: Datum:**

**Naam: Naam: Naam:** Aletta Kliphuis

**Functie Functie: Functie:** Netwerkcoördinator