



Søknad om samhandlingsmidler – Helsefelleskapet Agder

Tittel på tiltaket	
Navn på søker	
Søkers arbeidssted	
Samarbeidspartnere (fra kommune, fastleger, SSHF, PKO, brukere, andre)	
Prosjektansvarlig	Navn:
	Funksjon:
	Organisasjon:
	Telefon:
	E-post:
Beskrivelse av prosjekt - inkl. bakgrunn for ideen	
Mål/hensikt (målgruppe)	
Hva er allerede gjort på området av andre?	
Redegjør kort for metodikken som er tenkt benyttet	
Brukermedvirkning	
Forventet nytteverdi for brukere/pasienter	
Forventet økonomisk gevinst	
Plan for implementering	
Beskriv ev. overføringsverdi	
Hvordan prosjektet skal evalueres	
Prosjektets totale budsjett - inkl. egenfinansiering	
Søknadssum, budsjett vedlegges	
Milepælsplan	
Eventuelle vedlegg	