|  |
| --- |
|  |
| Open-House-Verfahren der Österreichischen Gesundheitskasse („ÖGK“) zum Projekt |
| **„Setting-übergreifender Referent:innenpool“** |
| **Kapitel C1 – Antragsformular****Themenbereich: Mentale Gesundheit** |
| Fassung vom 11.09.2025 |

**Antragsformular**

1. Allgemeine Angaben

|  |  |
| --- | --- |
| **Name / Firma:** | Hier klicken, um Text einzugeben. |
| **Adresse / Sitz:** | Hier klicken, um Text einzugeben. |
| **Bei juristischen Personen: FN / ZVR**  | Hier klicken, um Text einzugeben. |
| **Bei juristischen Personen: vertretungsbefugte Person**  | Hier klicken, um Text einzugeben. |
| **E-Mail:** | Hier klicken, um Text einzugeben. |
| **Telefon:** | Hier klicken, um Text einzugeben. |
| **Website (sofern vorhanden):** | Hier klicken, um Text einzugeben. |
| **Bankverbindung (Bankinstitut, IBAN, BIC):** | Hier klicken, um Text einzugeben. |

1. Zustimmung zu den Zulassungsunterlagen

Mit Abgabe des Antrags wird

* die Zulassung zum Referent:innenpool im Open-House-Verfahren „*Setting-übergreifender Referent:innenpool“* beantragt und
* den Bedingungen der Zulassungsunterlagen, insbesondere der Leistungsvereinbarung (Kapitel B), vorbehaltlos zugestimmt. Diese werden mit Aufnahme in den Referent:innenpool verbindlich, ohne dass es einer weiteren Handlung bedarf. Wechselseitige Verpflichtungen entstehen jedoch erst im Zuge einer tatsächlichen Beauftragung.
1. Eigenerklärung Zuverlässigkeit

Mit Abgabe des Antrags auf Zulassung wird erklärt, dass

* für die zu erbringende Leistung erforderliche Befugnis vorliegt und die Leistungen als selbstständige Tätigkeit ausgeführt werden;
* die zu erbringende Leistung ohne Ertragserzielungsabsicht iSd § 1 Abs 2 und Abs 6 GewO 1994 (d.h. nicht in der Absicht, einen Ertrag oder sonstigen wirtschaftlichen Vorteil zu erzielen, gleichgültig für welche Zwecke dieser bestimmt ist) erbracht wird *[Anmerkung: betrifft nur Unternehmen, Vereine oder Organisationen, die nicht der Gewerbeordnung unterliegen.];*
* die berufliche Zuverlässigkeit nicht in Frage gestellt ist und insbesondere keine Ausschlussgründe gem. § 78 BVergG 2018 vorliegen und
* die Vorgaben der VO (EU) 2022/576 und VO (EU) 833/2014 („SanktionenVO“) eingehalten werden.

Es wird zur Kenntnis genommen, dass eine unrichtige Erklärung bzw. das Fehlen dieser Eigenerklärung zum sofortigen Ausschluss aus dem Zulassungsverfahren führt.

1. Angaben zu der:dem Antragsteller:in

Es wird darauf hingewiesen, dass für jede:n Referent:in ein eigenes Antragsformular abzugeben ist.

|  |  |
| --- | --- |
| **Titel, Vor- und Zuname** | Hier klicken, um Text einzugeben. |
| **Sozialversicherungsnummer** | Hier klicken, um Text einzugeben. |
| **Geschlecht** | Hier klicken, um Text einzugeben. |
| **Ausbildung**gem. Pkt. 2.1. des Kapitel E | [ ]  Ausbildungsnachweis gem. Kategorie IAngabe der konkreten Ausbildung:Hier klicken, um Text einzugeben. |
| [ ]  Ausbildungsnachweis gem. Kategorie IIAngabe der konkreten Ausbildung:Hier klicken, um Text einzugeben. |
| **Lebenslauf**Übersicht der bisherigen Erfahrung mit Angaben: Zeitraum, Arbeitgeber und Position bzw. selbständige Tätigkeit inkl. kurzer Beschreibung | Angaben zu den bisherigen Berufserfahrungen:Hier klicken, um Text einzugeben. |
| **Sprachkenntnisse** der deutschen Sprache mindestens auf Niveau C1 (GERS) | Angaben zu den Sprachkenntnissen:Hier klicken, um Text einzugeben. |
| **Weitere Sprachkenntnisse**auf Niveau C1 (GERS) (optional) | Angaben zu den weiteren Sprachkenntnissen:Hier klicken, um Text einzugeben. |
| **Moderationserfahrung** (optional) | Angaben zur Moderationserfahrung bzw. -ausbildung:Hier klicken, um Text einzugeben. |
| **Kenntnisse über Gesundheitssystem und Gesundheitspolitik in Österreich** (optional) | Angaben zu den Kenntnissen:Hier klicken, um Text einzugeben. |

1. Erklärung zum bisherigen einwandfreien Verhalten

Die:Der Anbieter:in bzw die:der Referent:in bestätigt sich bisher einwandfrei verhalten zu haben und, dass keine berechtigten Interessen gegen den Einsatz im gegenständlichen Projekt sprechen. Darunter wird insbesondere verstanden, dass keine dienstrechtlichen Vergehen vorliegen oder die namhaft gemachte Person aus sonstigen berechtigten Gründen von Tätigkeiten im schulischen, betrieblichen oder Vereinskontext ausgeschlossen oder eine solche Tätigkeit verweigert wurde (siehe Pkt. 1.4. in Kapitel E).

1. Angaben zum Cluster

Die Erbringung der Leistungen im Themenbereich **Mentale Gesundheit** ist in folgenden Clustern möglich:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr.** | **Cluster** |  |
| **1** | **Grundlagen der Mentalen Gesundheit** |[ ]
| **2** | **Stressbewältigung** |[ ]
| **3** | **Positive Psychologie** |[ ]
| **4** | **Mobbing-, Gewalt-, Aggressionsprävention** |[ ]
| **5** | **Körperbild und Selbstwertgefühl** |[ ]
| **6** | **Gesundheitskompetenz – Grundlagen** |[ ]
| **7** | **Gesundheitskompetenz und mentale Gesundheit** |[ ]

1. Angaben zur Veranstaltungsart

Die Erbringung der Leistungen im Themenbereich **Mentale Gesundheit** ist in folgenden Veranstaltungsarten möglich:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr.** | **Veranstaltungsart** |  |
| **1** | **Vortrag** |[ ]
| **2** | **Workshop / Rufseminar** |[ ]

1. Angaben zum Setting

Die Erbringung der Leistungen im Themenbereich **Mentale Gesundheit** ist in folgenden Settings möglich:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr.** | **Setting** |  |
| **1** | **Schule** |[ ]
| **2** | **Verein** |[ ]
| **3** | **Betrieb** |[ ]
| **4** | **Gesamtbevölkerung bzw. zielgruppenspezifisch (zB ältere Menschen, Jugendliche)** |[ ]

1. Angabe zum Leistungsort

Die Erbringung der Leistungen im Themenbereich **Mentale Gesundheit** ist in folgenden Bundesländern und ggf. online möglich:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr.** | **Leistungsort** |  |
| **1** | **Wien** | [ ]  |
| **2** | **Niederösterreich** | [ ]  |
| **3** | **Burgenland** | [ ]  |
| **4** | **Oberösterreich** | [ ]  |
| **5** | **Steiermark** | [ ]  |
| **6** | **Kärnten** | [ ]  |
| **7** | **Salzburg** | [ ]  |
| **8** | **Tirol** | [ ]  |
| **9** | **Vorarlberg** | [ ]  |

1. Fachspezifische Erfordernisse: Themenbereich Mentale Gesundheit

Die im jeweiligen Cluster fachspezifischen Anforderungen sind den Übersichtstabellen in Kapitel E (Zulassungskriterien) zu entnehmen. Eine praktische Erfahrung kann, sofern diese für mehrere Cluster einschlägig (thematisch passend) ist, als Nachweis für maximal zwei Cluster genannt werden.

Für den Nachweis der praktischen Erfahrung im relevanten Cluster ist das nachstehende Formblatt zu verwenden und – je nach geforderter Mindestanzahl - zu kopieren und mehrfach auszufüllen. Im Hinblick auf die Erstellung umfassender fachlicher Qualifikationsprofile werden die Referent:innen ausdrücklich eingeladen auch weitere relevante Referenzen und Ausbildungsnachweise anzuhängen.

|  |
| --- |
| [ ]  **Praktische Erfahrung: Themenbereich Mentale Gesundheit** |
| **Name des Projekts** | Hier klicken, um Text einzugeben. |
| **Auftraggeber:in**(Firmenname und Anschrift) | Hier klicken, um Text einzugeben. |
| **Ansprechperson** (inkl. Telefonnummer und E-Mail-Adresse) | Hier klicken, um Text einzugeben. |
| **Cluster**  | Hier klicken, um Text einzugeben. |
| **Settingspezifische Zusatzanforderung** Begründung in der Projektbeschreibung erforderlich | [ ]  Schule | [ ]  Verein |

|  |
| --- |
| **Kurze Projektbeschreibung (maximal ½ Seite):** |
| Hier klicken, um Text einzugeben. |

|  |
| --- |
| [ ]  **Praktische Erfahrung: Themenbereich Mentale Gesundheit** |
| **Name des Projekts** | Hier klicken, um Text einzugeben. |
| **Auftraggeber:in**(Firmenname und Anschrift) | Hier klicken, um Text einzugeben. |
| **Ansprechperson** (inkl. Telefonnummer und E-Mail-Adresse) | Hier klicken, um Text einzugeben. |
| **Cluster**  | Hier klicken, um Text einzugeben. |
| **Settingspezifische Zusatzanforderung** Begründung in der Projektbeschreibung erforderlich | [ ]  Schule | [ ]  Verein |

|  |
| --- |
| **Kurze Projektbeschreibung (maximal ½ Seite):** |
| Hier klicken, um Text einzugeben. |

|  |
| --- |
| [ ]  **Praktische Erfahrung: Themenbereich Mentale Gesundheit** |
| **Name des Projekts** | Hier klicken, um Text einzugeben. |
| **Auftraggeber:in**(Firmenname und Anschrift) | Hier klicken, um Text einzugeben. |
| **Ansprechperson** (inkl. Telefonnummer und E-Mail-Adresse) | Hier klicken, um Text einzugeben. |
| **Cluster**  | Hier klicken, um Text einzugeben. |
| **Settingspezifische Zusatzanforderung** Begründung in der Projektbeschreibung erforderlich | [ ]  Schule | [ ]  Verein |

|  |
| --- |
| **Kurze Projektbeschreibung (maximal ½ Seite):** |
| Hier klicken, um Text einzugeben. |

|  |
| --- |
| [ ]  **Praktische Erfahrung: Themenbereich Mentale Gesundheit** |
| **Name des Projekts** | Hier klicken, um Text einzugeben. |
| **Auftraggeber:in**(Firmenname und Anschrift) | Hier klicken, um Text einzugeben. |
| **Ansprechperson** (inkl. Telefonnummer und E-Mail-Adresse) | Hier klicken, um Text einzugeben. |
| **Cluster**  | Hier klicken, um Text einzugeben. |
| **Settingspezifische Zusatzanforderung** Begründung in der Projektbeschreibung erforderlich | [ ]  Schule | [ ]  Verein |

|  |
| --- |
| **Kurze Projektbeschreibung (maximal ½ Seite):** |
| Hier klicken, um Text einzugeben. |

1. Checkliste

Die Zulassungsanträge sind vollständig einzureichen. Die AG hat das Recht nicht vollständige Anträge, insbesondere jene, die nur unvollständige Unterlagen vorgelegt haben, im Sinne einer Ressourcenschonung zurückzuweisen.

Wir legen dem Antrag auf Zulassung die folgenden (zwingend geforderten) Nachweise bei:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nachweis gemäß Kapitel E** | **Kontrollfeld** |
| Kopie **amtlich gültiger Lichtbildausweis** | [ ]  Liegt bei |
| Amtlicher **Meldezettel** | [ ]  Liegt bei |
| Aktuelle **Strafregisterbescheinigung** oder gleichwertige Dokumente der zuständigen Behörde  | [ ]  Liegt bei |
| Aktueller Auszug aus dem **Firmenbuchauszug bzw. Vereinsregister inkl. Statuten** oder gleichwertige Dokumente der zuständigen Behörde des Sitzstaates | [ ]  Liegt bei |
| Einschlägiger **Ausbildungsnachweis** (Kategorie I bzw II) im jeweiligen Cluster | [ ]  Liegt bei |
| **Befugnis****Für Anbieter:innen, die der Gewerbeordnung unterliegen:*** Auszug aus dem „Gewerbeinformationssystem Austria – GISA“ (Gewerberegisterauszug)

oder**Für Anbieter:innen, die nicht der Gewerbeordnung unterliegen** * Nachweis der für die Ausführung der ausschreibungsgegenständlichen Dienstleistung erforderlichen Mitgliedschaft zu einer bestimmten Organisation (zB Ärzteliste der Österreichischen Ärztekammer)
* Nachweis der Eintragung in die Berufsliste bzw. Gesundheitsberufsregister (zB Liste der Gesundheitspsychologen beim BMASGPK)
* Nachweis gleichwertiger Dokumente (ggf. Vereinsregisterauszug, Vereinssatzung, Auszug aus dem Gesellschaftsvertrag)
 | [ ]  Liegt bei |
| **Weitere Beilagen** | [ ]  Liegt bei |

1. Rechtsgültige Unterfertigung / Signatur

Bezeichnung der:des Anbieter:in Ort, Datum Firmenstempel, rechtsgültige Unterschrift, Namen in Klartext

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|       |  |       |  |       |
|       |  |       |  |       |
|       |  |       |  |       |