RAPPORTERINGSSKJEMA for organisasjoner som har mottatt tilskudd tidligere år og ikke søker på nytt

**Det skal kun rapporteres på midler tildelt fra Helse Midt-Norge RHF.**

Beløp oppgis i hele 1000 kroner.

|  |
| --- |
| Brukerorganisasjonens navn:       |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 1.1 Tildelt beløp fra Helse Midt-Norge RHF for 202x | Kr. |
| 1.2 Eventuelt overført beløp tildelt fra Helse Midt-Norge RHF fra tidligere år: | Kr. |
| 1.3 Til disposisjon i 202x fra Helse Midt-Norge RHF. (Dette beløpet føres inn under pkt 1 i nedenstående tabell) | Kr. |

 |
| Oppsummert og konkret beskrivelse av gjennomførte aktiviteter finansiert av midler fra Helse Midt-Norge RHF: jf. retningslinjer for ordningen. Utdypende beskrivelse **skal** spesifiseres i punktene nedenfor, eventuelt medfølge som vedlegg.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Tilskudd** | **Kostnad** |
| 1. | **Samlet tilskudd fra Helse Midt-Norge RHF for tildelingsår 202x** | Kr. | ------------ |
| 2. | Drift.Utdypende beskrivelse: | ------------ | Kr. |
| 3. | Opplæring av brukerrepresentanter.Utdypende beskrivelse: | ------------ | Kr. |
| 4. | Informasjons-, opplærings- og mestringskurs.Utdypende beskrivelse: | ------------ | Kr. |
| 5. | Opplæring i og utøvelse av likepersonssarbeid.Utdypende beskrivelse: | ------------ | Kr.  |
| 6. | Egenorganisert opplæring av helsepersonell.Utdypende beskrivelse: | ------------ | Kr. |
| 7. | Arbeid med rekruttering av unge og mennesker med flerkulturell bakgrunn som likepersoner og brukerrepresentanter.Utdypende beskrivelse: | ------------ | Kr. |
| 8. | Opplæring av tillitsvalgte.Utdypende beskrivelse: | ------------ | Kr. |
| **9.** | **SUM tildeling og kostnader** | **Kr.** | **Kr.** |
|  |
| 10. | Rest til overføring fra 2024 og tidligere til 2025 | ------------ | Kr. |

**Som angitt i retningslinjen: Dersom tildeling av tilskudd bygger på uriktige opplysninger fra søker, eller tilskuddet – eller deler av det – ikke er nyttet etter formålet, herunder at fastsatte krav for tildelingen ikke er oppfylt kan utbetalt tilskudd kreves tilbake.** |
| Underskrift (original eller skannet):       Navn og tittel/funksjon: | Sted/dato:       |