**Aanvraagformulier Voucherregeling**

**Begeleiding Infectiepreventie Commissie**

**Deel A: Algemene gegevens**

|  |
| --- |
| **1. Aanvrager** |
| 1a Organisatie  |  |
| 1b Naam |  |
| 1c Functie  |  |
| 1d Telefoonnummer |  |
| 1e E-mailadres |  |
| **2. Quick Scan Infectiepreventie** |
| 2a Heeft u de Quick Scan al ingevuld (online)?  | [ ]  Nee, u dient eerst de Quick Scan in te vullen op onze website[ ]  Ja, ga naar vraag 3b |
| 2b Wanneer en met wie van het zorgnetwerk heeft u de resultaten besproken? | Datum: Naam medewerker:  |
| 2c Heeft u op basis van de Quick Scan ook andere vouchers aangevraagd bij het zorgnetwerk? | [ ]  Nee[ ]  Ja, namelijk voor (meerdere antwoorden mogelijk) [ ]  Basisscholing Infectiepreventie [ ]  Opleiding tot Infectiepreventie Adviseur [ ]  Infectiepreventie Audit |

**Deel B: Gegevens Begeleiding IP Commissie**

|  |
| --- |
| **3. Infectiepreventie Commissie** |
| 3a Is de IP Commissie reeds opgericht | ☐ Ja☐ Nee |
| 3b Is de IP Commissie voldoende actief, d.w.z. minimaal 4x per jaar vergaderen, het opstellen van een jaarplan en maken van een jaarverslag? | ☐ Ja☐ Nee |
| 3c Contactpersoon IP Commissie (als bestaand) | Naam: Functie: |
| 3e Geplande tijdspanne begeleiding | *Indien nog niet exact bekend graag de verwachte maand(en) + jaar van uitvoering invullen* |

**Deel C: Gegevens Adviseur**

|  |
| --- |
| **4. Deskundig Infectiepreventie** |
| 4a Naam DI |  |
| 4b Naam bedrijf (indien van toepassing) |  |
| 4c Relatie tussen organisatie en DI  | [ ]  DI is al werkzaam binnen de organisatie[ ]  DI gevonden via de pool van DI’ers op de website [ ]  DI zelf gevonden. U dient vooraf contact op te nemen met het Programmabureau van het Zorgnetwerk |

**Deel D: Ondertekening bestuurlijk verantwoordelijke**

[ ]  Hierbij ga ik akkoord met het indienen van een aanvraag voor de voucherregeling van het Regionaal Zorgnetwerk Antibioticaresistentie Utrecht en met de bijgevoegde voorwaarden.

Organisatie:

Naam:

Functie:

Plaats en datum:

Handtekening:

**Deel E: Toekenning door Regionaal Zorgnetwerk Antibioticaresistentie Utrecht**

Door middel van ondertekening gaat het Regionaal Zorgnetwerk Antibioticaresistentie Utrecht akkoord met de voucheraanvraag en kent onderstaand bedrag toe voor het uitvoeren van Begeleiding van de Infectiepreventie Commissie. Het toegekende voucher kan verzilverd worden wanneer aan alle gestelde inhoudelijke en administratieve voorwaarden is voldaan.

|  |  |
| --- | --- |
| **Onderdeel** | **Voucherbedrag** |
| Begeleiding IP Commissie | € |
| Aanvullende Begeleiding IP Commissie | € |
| **TOTAAL** | **€** |

Naam:

Functie:

Plaats en datum:

Handtekening: