



## 2. Om den sökta verksamheten

Beskriv kortfattat den verksamhet/aktivitet som ansökan gäller:

Bidrar verksamhetens aktiviteter till uppfyllandet av regionens prioriterade inriktningar att främja jämlik och förbättrad hälsa för barn med ätstörning, i enlighet med utvecklingsbehov och diagnoser i Socialstyrelsens nationella riktlinjer – vård vid ätstörning?

Ja  Nej

Avser verksamheten att samverka med elevhälsan i att främja jämlik och förbättrad hälsa för barn med ätstörning?

Ja  Nej

*Om ja, på vilket sätt?*

Ange vilken/vilka ätstörningar som verksamhetens aktiviteter riktas mot:

ARFID – undvikande och restriktiv ätstörning	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Anorexi	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Hetsättningsstörning	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Bulimi	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

Avser verksamhetens aktiviteter kunskapshöjande insatser?

Ja  Nej

*Enligt Socialstyrelsen behöver kunskapen om ätstörning och om olika ätstörningar öka. Generellt beskrivs kunskapen om ARFID som lägre än kunskapen om anorexi. Om ja, gällande vilken/vilka ätstörningar?*

ARFID – undvikande och restriktiv ätstörning Ja  Nej

Anorexi Ja  Nej

Hetsättningsstörning Ja  Nej

Bulimi Ja  Nej

Beskriv vad verksamheten ska leda till för deltagarna/målgruppen:

*Ange gällande vilken ätstörning.*

Beskriv vilken primär målgrupp verksamheten riktar sig till?

*Här avses ej typ av ätstörning/diagnos men ex. ålder, geografiskt område, kommunikationskanal.*

Beskriv vilka behov er verksamhet har identifierat hos målgruppen och hur er verksamhet möter dessa behov?

*Ange gällande vilken ätstörning.*

Beskriv hur målgruppen har involverats i verksamhetens/aktivitetens planering och kommer involveras i genomförandet:

### 3. Planerad verksamhet och/eller aktiviteter

Aktivitet	Sökt kostnad	Antal planerade tillfällen/aktivitet	Antal individer	Ev. konsultkostnader

### 4. Budget

Bidragsgivare för det år ansökan avser:

Stöd från	Stödtyp	Summa

Bidragsgivare innevarande år:

Bidrag från	Summa

Intäkter föregående år:

Medlemsavgifter	Insamling och gåvor	Intäkter från försäljning av varor	Intäkter för utförda tjänster	Övriga intäkter

## 5. Godkänn villkor

- Jag, behörig firmatecknare eller behörigt ombud för organisationen, försäkrar härmed att de uppgifter som lämnas i denna ansökan är korrekta och sanningsenliga.
- Härmed intygas att jag/vi tagit del av riktlinjer för bidrag till ideella organisationer.

Stockholm den

Underskrift – ansvarig ansökare:

---

Namnförtydligande – ansvarig ansökare:	Titel:
--	--------

Följande avsnitt, 6 och 7, fylls i av Region Stockholm

## 6. Sammanfattning av bedömning

<b>Beskriv de slutsatser som dras utifrån en på samtliga bedömningsfrågor samt övriga observationer som gjorts kring sökande organisation:</b>
<b>Behövs ansökan kompletteras för att ge förslag till beslut?</b> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> <i>Om ja, beskriv vad som ska kompletteras samt när kompletteringen ska ha inkommit:</i>
<b>Beskriv ev. samråd med andra enheter och andra berörda:</b>
<b>Övriga noteringar</b>

## 7. Förslag till beslut

<b>Beviljas ansökan?</b> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> <i>Om ja, vilket belopp:</i>
<b>Motivering till beslut (krav även vid avslag):</b>
<b>Bedömningsdatum:</b>
<b>Handläggare ansvarig(a) för handläggning:</b>