Deutsch-Österreichischer AIDS-Kongress - DÖAK 2019

Einladung zur Teilnahme für HIV-Aktivist_innen zum DÖAK 13.-15. Juni 2019 in Hamburg

Alle zwei Jahre findet der Deutsch- Österreichische AIDS-Kongress (DÖAK) als **medizinischer Fachkongress** in verschiedenen Städten im deutschsprachigen Raum statt. Die partizipative Einbindung von Menschen mit HIV wird durch ein „**Community-Board**" ermöglicht, das sich aus acht Vertreter_innen der Selbsthilfe aus Deutschland und Österreich zusammensetzt.
Unsere Aufgabe ist es unsere eigene, lebenswelt-relevante Perspektive in die Kongressplanung einzubringen und das Programm aktiv mitzugestalten.
Als Mitglieder des Community-Boards achten wir darauf, dass beim Kongressprogramm unsere Themen vertreten sind und die Inhalte für die Community verständlich und zugänglich gestaltet werden.

Mit dieser Einladung möchten wir HIV-Aktivist_innen aus dem deutschsprachigen Raum zur Bewerbung für das diesjährige Scholarship-Programm zur Teilnahme am Kongress in Hamburg auffordern! Im Rahmen dieses Programms können wir bei Bedarf die Kosten für die Kongressteilnahme übernehmen und freuen uns auf die Bewerbung von allen, die sich in Selbsthilfezusammenhängen zu den verschiedensten Themen - von PrEP bis Therapiezugang oder Diskriminierung bis Kriminalisierung – engagieren.

Mit Eurer Teilnahme am Kongress erhaltet Ihr die Möglichkeit alle Themen und Perspektiven, die wichtig für Euch sind, für Wissenschaftler_innen, Ärzt_innen, Pflegekräfte usw. zugänglich zu machen.

Wir sind davon überzeugt, dass Menschen die mit HIV leben und diejenigen, die sich für das Thema engagieren, auf diesem Kongress mitdiskutieren müssen und alle Kongressteilnehmer_innen voneinander lernen können.
Die Scholarships sind somit ein wichtiger Baustein unserer Beteiligung.
Wir freuen uns auf Deine Bewerbung und werden über die Auswahl der Teilnehmer_innen bis Ende März entscheiden. Dabei werden wir versuchen, einem möglichst breiten Querschnitt unserer Community die Teilnahme am Kongress zu ermöglichen.
Da die Mittel für das Scholarship-Programm begrenzt sind, können leider nicht alle Bewerber_innen einen Platz erhalten. Vielen Dank für Dein Verständnis!

Wichtige Hinweise:

- **Einsendeschluss ist der 12. Februar 2019**
- **Anmeldebestätigungen (bzw. Absagen) werden wir ab dem 30.März 2019 verschicken**
- bitte pro Person ein Formular verwenden
- bitte das Formular leserlich ausfüllen (PDF oder Druckbuchstaben)
- diese Finanzierungsunterstützung ist für Menschen, die sich intensiv mit den überwiegend medizinischen Themen des DÖAKs beschäftigen wollen

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
CB 2019
Wilhelmstr. 138

10963 Berlin

Alternativ per Mail als PDF : *geschaeftsfuehrung@dah.aidshilfe.de*

Anmeldung zum Scholarship-Programm DÖAK 2019

Vorname	
Name	
Strasse	
PLZ / Ort	
Telefon	
Email	
Geburtsjahr	

Ich habe bisher an folgenden HIV-Kongressen/Konferenzen teilgenommen:

Aktivitäten

Ich engagiere mich im Kontext HIV ehrenamtlich und/oder arbeite beruflich in folgenden Bereichen/ Organisationen:

Mein hauptsächliches Interesse bei HIV/HCV liegt in folgenden Themen:

Ich befasse mich seit folgender Zeit mit HIV-spezifischen Themen:

☐ 0-2 Jahre ☐ 2-5 Jahre ☐ länger

Am DÖAK 2019 interessieren mich besonders folgende Themen:

Ich werde die gewonnenen Informationen und Erfahrungen wie folgt in meiner Region/ in meinen Netzwerken weiterverbreiten:

Ich plane meine Netzwerke oder meine Organisation durch folgende Aktivitäten auf dem DÖAK zu vertreten:

Unterstützungsumfang

Die zur Verfügung stehenden Mittel sind sehr begrenzt. Bitte informiere uns, welche Unterstützung Du auf jeden Fall benötigst.

Ich erhalte anderweitige finanzielle Unterstützung für meine Teilnahme?

☐ Nein ☐ Unsicher

☐ Ja über

Kongresseintritt

☐ Ja, ich benötige einen kostenfreien Kongresseintritt

☐ Nein, ich benötige keinen kostenfreien Kongresseintritt

Reisekosten

☐ Ja, ich benötige die Erstattung der entstehenden Reisekosten

☐ Nein, ich benötige keine Erstattung der Reisekosten

Unterkunft (12.-15. Juni 2019)

Die Unterbringung erfolgt in Einzelzimmern.

☐ Ja, ich benötige eine Hotelübernachtung

☐ Nein, ich benötige keine Übernachtungsmöglichkeit

Kinderbetreuung

☐ Hiermit melde ich zusätzlich folgende Kinder an:

Name **Alter**

☐ Für dieses Kind bitte ich um eine Kinderbetreuung.

Name **Alter**

☐ Für dieses Kind bitte ich um eine Kinderbetreuung.

Name **Alter**

☐ Für dieses Kind bitte ich um eine Kinderbetreuung.

Medizinische Versorgung

☐ Ich benötige folgende besondere medizinische Versorgung:

Zusätzliche Unterstützung

☐ Ich benötige eine Gebärdendolmetscher_in

☐ Ich benötige Unterstützung bei meiner Mobilität

☐ Ich benötige folgende weitergehende Unterstützung:

Teilnahmebedingungen (das Kleingedruckte!)

Alle Angaben werden gemäß den Vorschriften zum Datenschutz behandelt.
Zur Bearbeitung der Anmeldung werden diese Daten für die Zeit des Scholarship-Programms elektronisch gespeichert. Nach Abrechnung der Veranstaltung werden persönliche Daten gelöscht.

☐ **Ja*** Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich bei einer unbegründeten Absage oder Nichterscheinen meinerseits die entstehenden Kosten zu tragen habe. Sollte mein Platz dann nicht anderweitig vergeben werden können entstehen Ausfallgebühren in Höhe der entstandenen Kosten (mindestens EUR 100,-). * ***Zur Anmeldung ist diese Erklärung erforderlich !***

☐ **Ja*** Ich habe zur Kenntnis genommen, dass bei einer Zusage der bewilligten Hotelübernachtungen mein Name und meine Anschrift an das Hotel weitergeleitet werden!
* ***Zur Anmeldung ist diese Erklärung erforderlich !***

☐ **Ja** Ich bin zusätzlich damit einverstanden, dass meine Adresse zwecks Zusendung weiterer Informationen (Ausschreibungen u.a.) in einer speziell geschützten Adressdatenbank bei der DAH gespeichert wird. Diese Zusage kann ich jederzeit widerrufen!

Das Förderprogramm und alle Zusagen stehen unter dem Vorbehalt der Finanzierung!
Falls mir eine Teilnahme nicht mehr möglich sein sollte oder ich eine andere Finanzierung gefunden habe, werde ich mich umgehend beim CB 2019 (geschaeftsfuehrung@dah.aidshilfe.de) melden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben, erkenne ich die oben genannten Bedingungen an und bestätige diese verbindliche Anmeldung.

Ort/Datum:

Unterschrift: