 **Einreichungsformular**

Prototyp

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Beschreibung des Projekts | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Titel des Prototyps | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Schlüsselwörter 5 Schlüsselwörter, die Ihr Projekt beschreiben | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Themenbereiche Wählen Sie aus den folgenden Vorschlägen die Themen aus, die Ihrem Projekt entsprechen: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Kommunikation | | | | | | | | | | |  | Freizeit | | | | | | | | | | |
|  | Reisen | | | | | | | | | | |  | Verantwortung | | | | | | | | | | |
|  | Bildung | | | | | | | | | | |  | Persönliche und gesundheitliche Pflege | | | | | | | | | | |
|  | Wohnen | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | |
|  | Andere Themen  *Ernährung, Körperliche Gesundheit und psychisches Wohlbefinden, Soziale Beziehungen, Assoziatives und spirituelles Leben, Arbeit, usw.*  *Geben Sie die anderen Themen an*: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Betroffene Behinderung(en) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Autismus und tiefgreifende Entwicklungsstörungen | | | | | | | | | | |  | Psychische Behinderung | | | | | | | | | | |
|  | Hörbehinderung | | | | | | | | | | |  | Sehbehinderung | | | | | | | | | | |
|  | Geistige Behinderung | | | | | | | | | | |  | Plurihandicap | | | | | | | | | | |
|  | Körperbehinderung | | | | | | | | | | |  | Mehrfachbehinderung | | | | | | | | | | |
|  | Andere betroffene Behinderung(en)  *Geben Sie die betreffende(n) Behinderung(en) an :* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Beschreibung des Prototyps Beschreiben Sie Ihren Prototyp in synthetischer Form.  (max. 2000 Zeichen) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hintergrund Beschreiben Sie den Kontext (insbesondere das Zielpublikum), in dem der Prototyp entwickelt werden soll. Positionieren Sie Ihren Prototyp im Vergleich zu bestehenden Produkten oder Dienstleistungen. Stellen Sie die Vorarbeiten (Ergebnisse) vor, auf die Sie Ihr Projekt stützen wollen. Beschreiben Sie die sozialen und/oder technischen Schwierigkeiten, die zu überwinden sind. Beschreiben Sie die erwarteten langfristigen Auswirkungen, darunter die Anzahl der potenziell betroffenen Personen.  (max. 3000 Zeichen) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Art des Prototyps | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Objekt | | | | Software (digital) | | | | Dienstleistung (Prozess) | | | | | Andere  (bitte angeben) : | | | | | | | | | | |
| Zweck des Prototyps im Rahmen des Gesamtprojekts | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Funktionale Bewertung | | | | | | |  | | | Bewertung der Verwendung | | | | | | | | | | | |
|  | | Ästhetische Bewertung | | | | | | |  | | | Bewertung der Herstellbarkeit | | | | | | | | | | | |
|  | | Wirtschaftliche Bewertung | | | | | | |  | | | Kommunikation | | | | | | | | | | | |
| Andere : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Erforderliches Fachwissen Beschreiben Sie, welches Fachwissen für die Erstellung Ihres Prototyps benötigt wird.  (max. 1000 Zeichen) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Geplante Methodik Beschreiben Sie die Methodik des Prototyping und die Tools, die Sie verwenden möchten. (max. 1000 Zeichen) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teilnahme Beschreiben Sie, wie die Empfänger Ihres Projekts am Prototypingsprozess teilnehmen werden.  (max. 1000 Zeichen) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ethische Erwägungen Beschreiben Sie, wie die Moral, die Teilnahme und die informierte Zustimmung der Projektteilnehmenden sowie die Vertraulichkeit der Daten sichergestellt werden. Geben Sie an, ob Ihr Projekt unter das Bundesgesetz über die Forschung am Menschen (HFG) fällt. (max. 1000 Zeichen) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Muss dieses Projekt einer Ethikkommission vorgelegt werden? | | | | | | | | | | | | | | | | | Ja | | | Nein | | | |
| Bemerkung (max. 500 Zeichen) : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Potenzial für eine zusätzliche Finanzierung durch Innosuisse Positionieren Sie Ihr Projekt in Bezug auf die Innosuisse-Kriterien: Innovationsgrad, Wertschöpfung und Nachhaltigkeit, Verringerung der sozialen Kosten und Volkswirtschaftlicher Mehrwert, methodische Qualität, Kompetenzen der Projektpartner.  (max. 1000 Zeichen) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Partnerschaften Wir empfehlen dem Team, bereits in den frühen Phasen des Projekts einen Implementierungspartner und einen akademischen Partner zu haben. Dies fördert das Potenzial des Projekts, insbesondere seine Fähigkeit, finanzielle Unterstützung von Innosuisse zu erhalten. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Implementierungspartner Mit welchem Implementierungspartner planen Sie Ihr Projekt zu entwickeln? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Art der Organisation | | | | | | Unternehmen | | | | Verein | | | | Akademisch | | | | Einzelperson | | | | Andere : | |
| Name der Organisation (falls keine Einzelperson) | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Akademischer Partner Mit welchem akademischen Partner planen Sie Ihr Projekt zu entwickeln? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name der Organisation | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Skizze (falls erforderlich) Fügen Sie die erste(n) Skizze(n) des Prototyps Ihres Projekts bei, falls vorhanden (z. B. Zeichnung, Video, 3D-Druck) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Shape  Description automatically generated with low confidence** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Budget (maximum CHF 10'000.-) Beschreiben Sie, wie die Entlohnung von allen Teammitgliedern geplant ist. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Beschreibung* | | | | | | | | | | | *Kosten pro Einheit* | | | | | *Quantität* | | | | | *Total* | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | TOTAL | | | | |  | | |
| Art der Finanzierung Bezüglich der Finanzierung dieses Projekts: Handelt es sich um eine zusätzliche Finanzierung? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | Nein | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | Ja, Referenz der zusätzlichen Finanzierung: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bemerkung zum Budget oder zur Finanzierung (max. 2000 Zeichen) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Team | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bei der Zusammensetzung der Teams werden folgende Elemente bei der Bewertung der Vorschläge berücksichtigt:   * Mindestens 4 Personen * Die Teilnahme von mindestens einer Person mit einer Behinderung oder Krankheit im Zusammenhang mit dem Thema ist obligatorisch. * Multidisziplinarität (Technik, Soziales, Gesundheit, Wirtschaft usw.) und Vielfalt (Geschlecht, Alter, Bildung) des Teams sind obligatorisch.   *Bemerkungen :*   * Falls erforderlich, kann ein Elternteil oder eine dritte Person eine Person mit einer Behinderung begleiten. Diese werden dann als Teammitglieder integriert * Wenn Ihre Idee indirekt Menschen mit einer Behinderung betrifft, d. h. wenn der Endnutzer z. B. eine Pflegeperson/betreuende Person und nicht eine Person mit einer Behinderung ist, kann von der Regel abgewichen werden. **Sie müssen Ihre Entscheidung begründen.** * Studierende an Hochschulen, Universitäten und ETHs können keinen akademischen Partner vertreten. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Projektverantwortliche (Teilnehmende 1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name der Organisation | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Art derOrganisation | | | | | Unternehmen | | | | Verein | | | | | | Akademisch | | | | Einzelperson | | | | Andere : |
| Nachname | | | | |  | | | | | | | | | | Vorname | | | |  | | | | |
| Genderidentität | | | | | Mann | | | | Frau | | | | | | Nichtbinär | | | | Andere Genderidentität (bitte ausfüllen, falls erforderlich): | | | | |
| Alter | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ausbildung oder Beschäftigung | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Behinderung | | | | | Nein | | | | Ja (bitte angeben): | | | | | | | | | | | | | | |
| Adresse | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Postleitzahl und Ort | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefon | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E-Mail | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teilnehmende 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name der Organisation | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Art der Organisation | | | | | Unternehmen | | | | Verein | | | | | | Akademisch | | | | Einzelperson | | | | Andere : |
| Nachname | | | | |  | | | | | | | | | | Vorname | | | |  | | | | |
| Genderidentität | | | | | Mann | | | | Frau | | | | | | Nichtbinär | | | | Andere Genderidentität (bitte ausfüllen, falls erforderlich): | | | | |
| Alter | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ausbildung oder Beschäftigung | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Behinderung | | | | | Nein | | | | Ja (bitte angeben): | | | | | | | | | | | | | | |
| Teilnehmende 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name der Organisation | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Art der Organisation | | | | | Unternehmen | | | | Verein | | | | | | Akademisch | | | | Einzelperson | | | | Andere : |
| Nachname | | | | |  | | | | | | | | | | Vorname | | | |  | | | | |
| Genderidentität | | | | | Mann | | | | Frau | | | | | | Nichtbinär | | | | Andere Genderidentität (bitte ausfüllen, falls erforderlich): | | | | |
| Alter | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ausbildung oder Beschäftigung | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Behinderung | | | | | Nein | | | | Ja (bitte angeben): | | | | | | | | | | | | | | |
| Teilnehmende 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name der Organisation | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Art der Organisation | | | | | Unternehmen | | | | Verein | | | | | | Akademisch | | | | Einzelperson | | | | Andere : |
| Nachname | | | | |  | | | | | | | | | | Vorname | | | |  | | | | |
| Genderidentität | | | | | Mann | | | | Frau | | | | | | Nichtbinär | | | | Andere Genderidentität (bitte ausfüllen, falls erforderlich): | | | | |
| Alter | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ausbildung oder Beschäftigung | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Behinderung | | | | | Nein | | | | Ja (bitte angeben): | | | | | | | | | | | | | | |
| Teilnehmende 5 (falls erforderlich) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name der Organisation | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Art der Organisation | | | | | Unternehmen | | | | Verein | | | | | | Akademisch | | | | Einzelperson | | | | Andere : |
| Nachname | | | | |  | | | | | | | | | | Vorname | | | |  | | | | |
| Genderidentität | | | | | Mann | | | | Frau | | | | | | Nichtbinär | | | | Andere Genderidentität (bitte ausfüllen, falls erforderlich): | | | | |
| Alter | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ausbildung oder Beschäftigung | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Behinderung | | | | | Nein | | | | Ja (bitte angeben): | | | | | | | | | | | | | | |
| Teilnehmende 6 (falls erforderlich) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name der Organisation | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Art der Organisation | | | | | Unternehmen | | | | Verein | | | | | | Akademisch | | | | Einzelperson | | | | Andere : |
| Nachname | | | | |  | | | | | | | | | | Vorname | | | |  | | | | |
| Genderidentität | | | | | Mann | | | | Frau | | | | | | Nichtbinär | | | | Andere Genderidentität (bitte ausfüllen, falls erforderlich): | | | | |
| Alter | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ausbildung oder Beschäftigung | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Behinderung | | | | | Nein | | | | Ja (bitte angeben): | | | | | | | | | | | | | | |
| Teilnehmende 7 (falls erforderlich) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name der Organisation | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Art der Organisation | | | | | Unternehmen | | | | Verein | | | | | | Akademisch | | | | Einzelperson | | | | Andere : |
| Nachname | | | | |  | | | | | | | | | | Vorname | | | |  | | | | |
| Genderidentität | | | | | Mann | | | | Frau | | | | | | Nichtbinär | | | | Andere Genderidentität (bitte ausfüllen, falls erforderlich): | | | | |
| Alter | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ausbildung oder Beschäftigung | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Behinderung | | | | | Nein | | | | Ja (bitte angeben): | | | | | | | | | | | | | | |
| Teilnehmende 8 (falls erforderlich) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name der Organisation | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Art der Organisation | | | | | Unternehmen | | | | Verein | | | | | | Akademisch | | | | Einzelperson | | | | Andere : |
| Nachname | | | | |  | | | | | | | | | | Vorname | | | |  | | | | |
| Genderidentität | | | | | Mann | | | | Frau | | | | | | Nichtbinär | | | | Andere Genderidentität (bitte ausfüllen, falls erforderlich): | | | | |
| Alter | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ausbildung oder Beschäftigung | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Behinderung | | | | | Nein | | | | Ja (bitte angeben): | | | | | | | | | | | | | | |
| *Für weitere Teilnehmenden geben Sie bitte deren Kontaktinformationen unten an.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bemerkung zur Zusammensetzung des Teams (max. 2000 Zeichen) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Unterschrift | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ort und Datum | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Projetverantwortliche (Nach- und Vorname) | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Unterschrift | | | | | | | Insérez votre signature électronique | | | | | | | | | | | | | | | | |