

Krankenkassenindividuelle Förderung nach § 20h SGB V

Antragsunterlagen für die Projektförderung durch die AOK Nordost – Die Gesundheitskasse 2022

der Selbsthilfegruppen

Damit die gesetzlichen Krankenkassen/ -verbände über eine Förderung entscheiden können, ist Ihre Mitwirkung nach § 60 SGB I „Angabe von Tatsachen“ i. V. m. § 66 SGB I „Folgen fehlender Mitwirkung“ erforderlich. Verstößt der Antragsteller gegen § 60 SGB I und/oder § 66 SGB I, führt dies zur Ablehnung des Antrages.

Die folgenden Angaben werden für die ordnungsgemäße Bearbeitung Ihres Antrages auf Förderung nach § 20h SGB V benötigt.

Bitte reichen Sie den Antrag mit den erforderlichen Anlagen nur vollständig ausgefüllt und unterschrieben ein. Änderungen im Antragsvordruck durch den Antragsteller sind nicht zulässig.

Ein Rechtsanspruch auf Förderung und eine bestimmte Fördersumme besteht nicht.

Achtung!

Für die Bearbeitung des Antrags ist zwingende Voraussetzung, dass dieser vollständig ausgefüllt ist.

Näheres zu diesem Förder- und Antragsverfahren entnehmen Sie bitte dem Merkblatt zur kassenindividuellen Projektförderung. Bitte lesen Sie das Merkblatt sehr aufmerksam vor dem Ausfüllen dieses Antrages durch.

Rücksendung dieses Antrages bitte an folgende Adresse:

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
Gesundheitsmanagement
Änne Steinig
14456 Potsdam

Antragsvordruck für die örtlichen/regionalen **Selbsthilfegruppen**
zur Beantragung der **Projektfördermittel** gemäß § 20h SGB V
für das Förderjahr **2022** bei der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

(1) Angaben zum Antragsteller:

Wurde Ihre Gruppe bereits pauschal oder projektbezogen gefördert?

Ja Nein

Wenn ja, bitte **letztes** Förderjahr und Registriernummer angeben:

Name der Selbsthilfegruppe:

Postanschrift der Ansprechpartner/in

Kontaktdaten der Ansprechpartner/in bzw. der Selbsthilfegruppe

Telefon: _____

Fax: _____

Email: _____

Internet: _____

Name und Telefonnummer der stellvertretenden Ansprechpartner/in:

Treffpunkt der Selbsthilfegruppe (Wochentag, Uhrzeit, Anschrift, Telefonnr., wenn abweichend
a. Angaben):

(2) Angaben zur Selbsthilfegruppe (SHG):

Mit welchem Krankheitsbild befasst sich die SHG?

Seit wann besteht die SHG?

Wie viele Teilnehmer hat die SHG?

Wie häufig finden Gruppentreffen statt?

Wird die SHG von einer professionellen Fachkraft (z.B. Ärzte oder Therapeuten) angeleitet?

Ja

Nein

Hinweis: Eine Förderung von Selbsthilfegruppen ist nur möglich, wenn diese **nicht** von professionellen Helfern geleitet werden.

Ist die SHG in einer Datenbank aufgeführt?

Ja

Nein

Wenn ja, in welcher:

(3) Angaben zur beantragten Projektförderung:

Welches Projekt soll gefördert werden?

Name des Projektes:Wurde das Projekt bereits in den Vorjahren von einer Gesetzlichen Krankenkasse gefördert?

Ja

Nein

Und wenn ja, von welcher Krankenkasse und seit wann?Bitte beschreiben Sie das Projekt auf Antragsseite 7 oder auf einem separaten Blatt

Weitere Anträge wurden für dieses Projekt im Förderjahr gestellt bei:

<input type="text"/>	in Höhe von	<input type="text"/>	EUR
<input type="text"/>	in Höhe von	<input type="text"/>	EUR
<input type="text"/>	in Höhe von	<input type="text"/>	EUR
<input type="text"/>	in Höhe von	<input type="text"/>	EUR

Es wurde bei keiner anderen Stelle ein Antrag gestellt.

(4) **Kosten des Projektes/** bitte **Finanzierungsplan** (Einnahmen- und Ausgabenplan) **beifügen**.

Gesamtkosten des Projektes:	EUR
abzüglich Höhe des Eigenanteils:	EUR
abzüglich beantragter Mittel anderer Fördernder:	EUR
abzüglich weiterer Mittel (z. B. Spenden):	EUR
Hiermit wird eine Projektförderung beantragt in Höhe von:	EUR

(5a) Bankverbindung

Selbsthilfegruppen, die über **ein eigenes Konto** verfügen, das von den Mitgliedern der Selbsthilfegruppe nur für die Zwecke der Selbsthilfegruppe oder für die Gruppe als Gesellschaft bürgerlichen Rechts eingerichtet wurde.

Bitte überweisen Sie die Förderung auf folgendes Konto:

Kontoinhaber (Name):

Verfügungsberechtigte Mitglieder der
Selbsthilfegruppe
(Namen in Druckbuchstaben):

Anschrift:

Kreditinstitut:

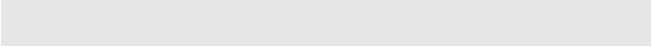
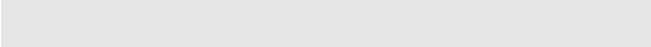
IBAN: DE

Bitte beachten:

Läuft das Konto auf den Namen einer Privatperson, muss ein Nachweis der Bank über die alleinige Verfügungsberechtigung der Gruppe beigelegt werden.

Erklärung der Verfügungsberechtigten der Selbsthilfegruppe bei eigenem Konto der Selbsthilfegruppe

Hiermit verpflichten wir uns sicherzustellen, dass die Fördermittel ausschließlich für die Zwecke der Gruppe verwendet werden entsprechend der Vorgaben des §20h i.V. m. dem Leitfaden zur Selbsthilfeförderung. Wir sind weiterhin verantwortlich für die Ausstellung eines entsprechenden Verwendungsnachweises.


Name, Vorname (in Druckbuchstaben)
Datum, Unterschrift (verfügungsberechtigtes Mitglied der Selbsthilfegruppe)
Name, Vorname (in Druckbuchstaben)
Datum, Unterschrift (weiteres verfügungsberechtigtes Mitglied der Selbsthilfegruppe)

(5b) Selbsthilfegruppen, die über **kein eigenes Konto** verfügen, sondern das Konto einer Organisation/Institution (z. B. Bundes-, Landesverband oder Selbsthilfekontaktstelle) nutzen.

Bitte überweisen Sie die Förderung auf das buchhalterische (Unter-) Konto des Bundes- oder Landesverbandes oder der Selbsthilfekontaktstelle:

Kontoinhaber:

Anschrift:

Kreditinstitut:

IBAN: DE

Bei Nutzung des Kontos einer Organisation/Institution (z. B. Bundes-, Landesverband, Selbsthilfekontaktstelle)

Abtretungserklärung der Vertreter der Selbsthilfegruppe

Hiermit erklären wir, dass der beantragte und gegebenenfalls gewährte Zuschuss der GKV Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe im Land Berlin zur Selbsthilfeförderung nach § 20h SGB V dem folgenden Kontoinhaber der oben angegebenen Kontoverbindung

(Name des Bundes-, Landesverbandes oder der Selbsthilfekontaktstelle)

überwiesen und von diesem ohne jeglichen Abzug in einer Summe an die Selbsthilfegruppe ausgezahlt wird. Zudem verpflichten wir uns sicherzustellen, dass die Fördermittel ausschließlich für die Zwecke der Gruppe verwendet werden entsprechend der Vorgaben des §20h i.V.m. dem Leitfadens zur Selbsthilfeförderung. Wir sind weiterhin verantwortlich für die Ausstellung eines entsprechenden Verwendungsnachweises.

Name, Vorname (in Druckbuchstaben)

Datum, Unterschrift
(vertretungsberechtigtes Mitglied der Selbsthilfegruppe)

Name, Vorname (in Druckbuchstaben)

Datum, Unterschrift
(weiteres vertretungsberechtigtes Mitglied der Selbsthilfegruppe)

Es werden nur Erklärungen mit zwei Unterschriften anerkannt. Eine fehlende Unterschrift führt zur Ablehnung!

Erklärung des Vertreters des Bundes-, Landesverbandes oder der Selbsthilfekontaktstelle

Hiermit erklären wir,

(Name des Bundes-, Landesverbandes oder der Selbsthilfekontaktstelle)

dass der Selbsthilfegruppe gemäß § 20h SGB V der bewilligte Förderbetrag der GKV Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe im Land Berlin ohne jeglichen Abzug zur Verfügung gestellt wird.

Name, Vorname (in Druckbuchstaben)

Datum, Unterschrift (Vertreter des Bundes-, Landesverbandes oder der Selbsthilfekontaktstelle)

(6) Erklärung

Mit den Unterschriften bestätigen die Antragsteller die Beantragung von Fördermitteln gemäß § 20 h SGB V


- die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben im Antragsformular
- die Kenntnisnahme der Informationen zum Datenschutz
- dass er über eine ordnungsgemäße Geschäfts- und Buchführung und eine entsprechende Verwaltung verfügt
- dass die beantragten Fördermittel zur Sicherung der selbsthilfebezogenen Arbeit notwendig sind und diese Ausgaben nicht durchlaufende Einnahmen, Rückstellungen, Rücklagen oder sonstige Eigenmittel oder aus Zuwendungen bestritten werden können.

Der Antragsteller verpflichtet sich, die kassenindividuellen Fördermittel zweckgebunden gemäß § 20 h SGB V ausschließlich für die hiermit beantragten Vorhaben zu verwenden.

Auf Anforderung des Fördermittelgebers wird der Antragsteller ggf. weitere Unterlagen und Nachweise, die für die Beurteilung des Antrags notwendig sind, zur Verfügung stellen. Bei vorsätzlich falschen Angaben ist der Fördermittelgeber berechtigt, die finanziellen Zuwendungen zurückzufordern.


Für die Antragstellung sind die Unterschriften von **zwei legitimierten Vertretern** der Selbsthilfegruppe notwendig, die die Richtigkeit der Angaben bestätigen.


Ort, Datum


Name, Vorname in Druckbuchstaben (vertretungs-
berechtigtes Mitglied der Selbsthilfegruppe)


Unterschrift


Ort, Datum


Name, Vorname in Druckbuchstaben (weiteres vertre-
tungsberechtigtes Mitglied der Selbsthilfegruppe)


Unterschrift

Diesem Antrag sind folgende Anlagen beigelegt.

- Projektbeschreibung
- Finanzierungsplan
- Selbstdarstellung der Selbsthilfegruppe
- ggf. Presseartikel
- ggf. Flyer/Handzettel

(7) Projekt/Vorhaben***a) Benennung des Projekts/Vorhabens:**

b) Wurde das Projekt bereits von einer Gesetzlichen Krankenkasse gefördert?

Ja Nein

Wenn ja, von welcher Krankenkasse und seit wann? _____

c) Zielsetzung des Projekts:

d) Erfolgsindikatoren des Projekts:

e) Angesprochene Zielgruppe:

f) Projektaufbau, Projektdurchführung und Projektumsetzung:

g) Projektbeteiligte und Kooperationspartner:

h) Laufzeit des Projekts:

i) Ausführungen zur Weiterführung nach Auslauf der Finanzierung:

* Ergänzungen zu den nachstehenden Punkten können aus Platzgründen auf einem separaten Blatt erfolgen

(Muster-)Projektfinanzierungsplan

Kalkulierte Ausgaben		
Raumkosten oder Miete		EUR
Referentenkosten/Honorar Name/n Referent/en		EUR
Aufwandsentschädigung Referent (Unterkunft/Reisekosten)		EUR
Anzahl der Teilnehmer (TN)	Pers.	
Übernachtung pro TN	EUR	EUR
Verpflegung pro TN	EUR	EUR
Teilnahmegebühr pro TN	EUR	EUR
Reisekosten (Wegstreckenentschädigung in Anlehnung an das Bundesreisekostengesetz)		EUR
Portokosten		EUR
Gesamtkosten Material (Kopier-/Druckkosten usw.)		EUR
Weitere Sachkosten (bitte einzeln benennen):		
		EUR
		EUR
		EUR
Kalkulierte Gesamtkosten		EUR
Kalkulierte Einnahmen		
Teilnahmegebühren Mitglieder		EUR
Spenden/Erbschaften/Sponsoren (bitte einzeln benennen)		EUR
Zuschüsse anderer Krankenkassen/-verbände gesamt		EUR
Sonstige Einnahmen (bitte einzeln benennen):		
		EUR
		EUR
		EUR
Kalkulierte Gesamteinnahmen		EUR

Zum Verbleib beim Antragsteller

Informationen zum Datenschutz

Die Angaben im Antragsformular werden benötigt, um Ihren Antrag auf Bewilligung einer Förderung zu bearbeiten. Die Rechtsgrundlage dafür ist § 20h SGB V.

Wichtige Voraussetzung zur besseren Umsetzung der Selbsthilfeförderung nach § 20h SGB V ist eine größere Transparenz der Förderung. Um dieses Ziel zu erreichen, bedarf es eines verbesserten Informationsaustausches und einer gesicherten Datengrundlage zum Förderverfahren. Außerdem ist es wünschenswert, dass Menschen, die an der Selbsthilfe interessiert sind, auch über die Ansprechpartner der Krankenkassen und ihrer Verbände Informationen zu Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen erhalten können.

Ihre Angaben aus dem Antrag werden für folgende Zwecke verwendet:

- Dokumentation des Fördergeschehens für interne Zwecke der jeweiligen Krankenkassen und ihrer Verbände,
- Beratungen im Rahmen des gesetzlichen Förderverfahrens innerhalb der gesetzlichen Krankenkassen und ihrer Verbände sowie mit den Vertretern der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Organisationen,
- Information und Beratung der Versicherten und der interessierten Öffentlichkeit über Art der Organisation, betroffenes Krankheitsbild, Name der Organisation, sowie die für die Erreichbarkeit der Organisation erforderlichen Daten.

Wenn Sie keine Angaben oder keine vollständigen Angaben machen, kann Ihr Antrag nicht bearbeitet werden. Das könnte dazu führen, dass eine Förderung nicht bewilligt wird.

Ihre Angaben werden in elektronischer Form nur solange gespeichert wie sie benötigt werden. Ihre Daten werden daher grundsätzlich sechs Jahre nach Abschluss des Förderverfahrens gelöscht.

Nähere Informationen zum Datenschutz und zu Ihren Rechten nach Art. 13 DSGVO erhalten Sie bei der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse unter:

www.aok.de/nordost

Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Nordost oder unsere Datenschutzbeauftragten unter AOK Nordost, Datenschutzbeauftragte, Brandenburger Str. 72, 14467 Potsdam oder unter der E-Mail: Datenschutz-Service@nordost.aok.de.