**Antrag**

**auf krankenkassenindividuelle Selbsthilfeförderung**

**gemäß § 20 h SGB V**

für örtliche Gruppen der Gesundheitsselbsthilfe

für das Jahr **2021**

**- Projektförderung -**

|  |
| --- |
| **Angaben zum/zur Antragsteller/in** |
| Name |       |
|  |  |
| vollständige Adresse |       |
|  |  |
|  |       |
|  |  |
|  |       |
|  |  |
| Internetadresse |       |
|  |  |
| E-Mail |       |
|  |  |
| Telefon |       |
|  |  |
| Zugehörigkeit zu einem Bundesverband | [ ]  Ja, zum  |       |
|  |  |
|  | [ ]  Nein  |  |  |
|  |  |
| Anzahl der aktiven Mitglieder |       |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Kontaktdaten, wenn abweichend von den oben genannten Angaben** |
|  |
| Name Ansprechpartner/in |       |
|  |  |
| Anschrift |       |
|  |  |
|  |       |
|  |  |
| Telefon  |       |
|  |  |
| E-Mail |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Bankverbindung** |  |
|  |  |
| Selbsthilfegruppen, die über **ein eigenes Konto** verfügen, das von den Mitgliedern der Selbsthilfegruppe nur für die Zwecke der Selbsthilfegruppe eingerichtet wurde: |
|  |  |
| Die Überweisung der Fördermittel erfolgt ausschließlich auf ein für die Zwecke der Selbsthilfegruppe eingerichtetes Treuhandkonto oder ein Konto, das für die Gruppe als Gesellschaft bürgerlichen Rechts eingerichtet wurde: |
|  |  |
|  |  |
| **Bankverbindung** |  |
| Kontoinhaber/in |       | IBAN |       |
|  |  |
| bei |       | BIC |       |
|  |  |
|  |  |

Hinweis für Selbsthilfegruppen, die eine unselbständige Untergliederung eines rechtsfähigen Bundes-

oder Landesverbandes sind

Die Überweisung der Fördermittel erfolgt auf ein Konto/Unterkonto des Bundes-, Landesverbandes oder der Selbsthilfekontaktstelle, sofern dieses Konto für die jeweilige Selbsthilfegruppe angelegt wurde und die Gruppe über die volle Förderhöhe verfügen kann.

|  |  |
| --- | --- |
| **Bankverbindung** |  |
| Kontoinhaber/in |       | IBAN |       |
|  |  |
| bei |       | BIC |       |
|  |  |

### Erklärung des/der Kontoinhabers/in bzw. des/der Verfügungsberechtigten

Hiermit verpflichten wir uns sicherzustellen, dass die Fördermittel ausschließlich für die Zwecke der

Gruppe verwendet werden. Wir sind weiterhin verantwortlich für die Ausstellung eines entsprechenden Verwendungsnachweises.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift (Verfügungsberechtigte/r der Selbsthilfegruppe) |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift (weiteres Verfügungsberechtigte/r der Selbsthilfegruppe) |

|  |
| --- |
| Angaben zur Selbsthilfegruppe |
|  |
| Mit welchem Krankheitsbild befasst sich die Gruppe? |
|  |
|       |
|  |
|       |
|  |
|       |
|  |
| Seit wann besteht die Selbsthilfegruppe? (Bitte durch Presseartikel, Handzettel, etc. belegen) |
|  |
|       |
|  |
| Hat die Selbsthilfegruppe den Status eines eingetragenen Vereins? | [ ]  Ja  | [ ]  Nein |
|  |
| Wie viele Mitglieder hat die Selbsthilfegruppe? |       |  |
|  |
| Wann trifft sich die Selbsthilfegruppe? |       |  |
|  |
| Wie häufig trifft sich die Selbsthilfegruppe im Jahr? |       |  |
|  |
| Wo trifft sich die Selbsthilfegruppe? |       |  |
|  |
| Welche Zielgruppe hat Ihre Selbsthilfegruppe? (z. B. Eltern behinderter Kinder, Abhängigkeitserkrankte) |
|  |
|       |
|  |
|       |
|  |
|       |
|  |
| Welche Angebote, Aktivitäten bietet Ihre Selbsthilfegruppe neben den regelmäßigen Treffen an? |
|  |
|       |
|  |
|       |
|  |
|       |
|  |
| Bestehen Aufnahmekriterien für die Selbsthilfegruppe?  | [ ]  Nein | [ ]  Ja, folgende: |
|  |
|       |
|  |
|       |
|  |
|       |
|  |
| Werden Mitgliedsbeiträge erhoben? | [ ]  Nein |  |  |
|  |
|  | [ ]  Ja |       | EUR im Monat/Jahr |
|  |
| Erhält die Selbsthilfegruppe weitere regel- | [ ]  Nein |  |  |
| mäßige/kalkulierbare Zuschüsse?  |  |
|  | [ ]  Ja |       | EUR im Monat/Jahr |
|  |
| Von wem? |       |
|  |
|       |
| **Angaben zum geplanten Vorhaben**(Projekt = zeitlich begrenzte Aktivitäten, die über das normale Maß der täglichen Selbsthilfearbeit hinausgehen) |
|  |
| Projektname |
|  |
|       |
|  |
|       |
|  |
|       |
|  |
| Veranstaltungsort  |
|  |
|       |
|  |
| Projektbeschreibung |
|  |
|       |
|  |
|       |
|  |
|       |
|  |
|       |
|  |
| Projektziele |
|  |
|       |
|  |
|       |
|  |
|       |
|  |
| Projektzielgruppe/n |
|  |
|       |
|  |
|       |
|  |
|       |
|  |
| **Zeitlicher Rahmen des Projektes** |
|  |
| Das Projekt findet am/vom |       | bis zum |       | Uhr  |
|  |
| in der Zeit von |       | Uhr bis |       | Uhr statt. |
|  |
|  |
| **Finanzierung des Projektes** |
|  |
| Voraussichtliche Gesamtkosten des Projektes (Einzelheiten bitte auf  |  |       | EUR |
| einem beizufügenden, differenzierten Finanzierungsplan benennen) |
|  |
| **E****igenmittel**  | ./. |       | EUR |
| (Vollfinanzierung durch die Krankenkassen/-verbände ist nicht möglich) |
|  |
| **E****innahmen**  | ./. |       | EUR |
| (z. B. Teilnahmegebühren, Eintrittsgelder) |
|  |
| **F****inanzielle Beteiligung anderer Institutionen** | ./. |       | EUR |
|  |
| Wenn ja, durch wen |
|       |  |
|  |
|       |  |
|  |
| **Beantragter Zuschuss** |       | **EUR** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Beantragen Sie bei anderen Krankenkassen ebenfalls Mittel und falls ja in welcher Höhe?  |  |
|  |  |
| [ ]  Nein |  |
|  |  |
| [ ]  Ja, bei |  |
|  |  |
|                                |       | EUR |  |
|  |  |
|                                |       | EUR |  |
|  |  |
|                                |       | EUR |  |
|  |  |
|                                |       | EUR |  |
|  |  |
|                                |       | EUR |  |
|  |  |
|  |
| **Der Antragsteller verpflichtet sich, die finanziellen Zuschüsse der Krankenkassen/-verbände zweckgebunden gem. § 20 h SGB V zu verwenden. Die ordnungsgemäße Verwendung der Mittel ist durch entsprechende Nachweise zu belegen. Bei nicht erbrachten Nachweisen bzw. vorsätzlich falschen Angaben sind die Krankenkassen/-verbände berechtigt, die finanziellen Zuwendungen zurückzufordern bzw. die zugesagten Fördermittel nicht auszuzahlen.** |
|  |
| **Diesem Antrag sind beizufügen:*** Detaillierter Projektfinanzierungsplan
* Neutralitäts- und Datenschutzerklärung (Anlage 1)
 |
| **Bitte beachten Sie**Nur vollständige Antragsunterlagen gewährleisten eine abschließende Prüfung Ihres Antrages.  |
| **Für die Antragstellung sind die Unterschriften von zwei befugten Gruppenmitgliedern notwendig, die die Richtigkeit der Angaben bestätigen und sich im Falle einer (krankheitsbedingten) Verhinderung gegenseitig vertreten.** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift (ggf. Stempel) |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift (ggf. Stempel) |  |

**Senden Sie diesen Nachweis nach Durchführung des Projektes an uns zurück**

Nachweis über die Verwendung

der krankenkassenindividuellen Fördermittel gemäß § 20 h SGB V

 der örtlichen Gruppen der Gesundheitsselbsthilfe

für das Jahr **2021**

## Projektförderung -

|  |  |
| --- | --- |
| **Angaben zum/zur Antragsteller/in** |  |
|  |  |
| Name |       |
|  |  |
|  |       |
|  |  |
| vollständige Adresse |       |
|  |  |
|  |       |
|  |  |
|  |       |
|  |  |
| Bewilligungsschreiben vom |       |
|  |  |
| Projektname |       |
|  |  |
|  |       |
|  |  |
|  |  |
| Höhe des bewilligten Zuschusses |       | EUR |
|  |  |
|  |  |

Wir bestätigen hiermit, dass die zur Verfügung gestellten Fördermittel für das Projekt satzungsgemäß verwendet wurden.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift (ggf. Stempel) |