**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) |