|  |
| --- |
| Krankenkassenindividuelle Förderung |

# nach § 20h SGB V

# Antragsunterlagen für die Projektförderung

|  |
| --- |
| **der örtlichen/regionalen Selbsthilfegruppen** |

Damit die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände über eine Förderung entschei­den können, ist Ihre Mitwirkung gesetzlich vorgeschrieben (vgl. § 60 SGB I). Die folgenden Angaben werden für die ordnungsgemäße Bearbeitung Ihres Antrages auf Förderung nach § 20h SGB V benötigt (vgl. Antragsunterlagen). Eine fehlende Mitwirkung kann zur Ablehnung Ihres Antrages führen.

Bitte reichen Sie den Antrag mit den erforderlichen Anlagen I bis III nur vollständig ausgefüllt und unterschrieben ein. Beachten Sie hierfür die Seiten 3 und 4 des Antrages. Änderungen im Antragsvordruck sind unzulässig.

**Zu den Antragsunterlagen gehören die nachstehenden Anlagen:**

Anlage I: Antragsformular für die Projektförderung, einschl. Strukturdaten

Anlage II: Projektbeschreibung einschl. Finanzierungsplan

Anlage III: Datenverwendungserklärung

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Antragsvordruck für die örtlichen/regionalen Selbsthilfegruppenzur Beantragung der Projektfördermittel gemäß § 20h SGB Vfür das Förderjahr 20       |

bei (Name der Krankenkasse)       |
|  |
| **(1)** | **Angaben zum Antragsteller:** |
| **Name der Selbsthilfegruppe:** |
|       |
|       |
| **Anschrift:** |
|       |
|       |
| Telefon: |       |
| E-Mail: |       |
| Internetadresse: |       |
|  |
| **Nennung des/der vertretungsberechtigten Ansprechpartners/in für Rückfragen zum Antrag (nur wenn abweichend von den o. g. Angaben):** |
| Name: |       |
| Telefon, *falls abweichend:* |       |
| E-Mail, *falls abweichend:* |       |
|  |
|  |
| **(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? |       |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ist die SHG Mitglied in einem Landesverband? |
|  | [ ]  Ja  | [ ]  Nein |
|  | Wenn ja, in welchem: |       |
|  |
|  | 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. (III. Leitfaden zur Selbsthilfeförderung) |
|  |
|  |
|  Ist die SHG in einer Datenbank aufgeführt? |
|  [ ]  Ja [ ]  Nein  |  |
|  |  |  |
|  | Wenn ja, in welcher: |       |
|  | [ ]  Weitere: |       |
|  |  |
| **(3)** | **Angaben zur beantragten Projektförderung:** |
|  | Welches Projekt soll gefördert werden? |
|  |  |
|  | **Name des Projektes:** |       |
|  |
|  | [ ]  | Ja, es wurden Mittel für dieses Projekt beantragt und zwar bei:  |
|  |
|  |  |        | in Höhe von  |       | EUR |
|  |  |       | in Höhe von |       | EUR |
|  |  |       | in Höhe von |       | EUR |
|  |  |       | in Höhe von |       | EUR |
|  |  |       | in Höhe von |       | EUR |
|  |  |       | in Höhe von |       | EUR |
|  |
|  | [ ]   | Nein, bei keiner anderen Stelle wurden Mittel für dieses Projekt beantragt. |
|  |  |  |
|  | Wurden für das Projekt Fördermittel nach den §§ 45d i.V.m. 45c SGB XI für niederschwellige Betreuungsangebote beim Land oder einer Kommune beantragt? |
|  | [ ]  Ja |  [ ]  Nein |
|  | Wenn ja, in |        | in Höhe von  |       | EUR |
|  |  |
| **(4)** | **Kosten des Projektes** (Bitte füllen Sie den in Anlage 2 beigefügten Finanzierungsplan vollständig aus oder machen Sie Angaben auf einem separatem Blatt) |
|  | **Gesamtkosten des Projektes:**  |       EUR |
|  | **Höhe des Eigenanteils:**  |       EUR |
|  | **Beantragte Mittel bei den o.g. Partnern:**  |       EUR |
|  |  |  |
|  | **Beantragte Projektförderung in Höhe von:**  |       EUR |
| **(5)** | **Bankverbindung:** |
| **[ ]  Unsere Selbsthilfegruppe verfügt über ein eigenes Konto** |
|  |  |
| Bitte überweisen Sie die Förderung auf das für die Zwecke der Selbsthilfegruppe eingerichtete Konto, Treuhandkonto, ein Konto, das für die Gruppe als GbR oder alternativ als Giro-Unterkonto, eröffnet wurde. Dieses Konto wurde für die jeweilige Selbsthilfegruppe angelegt und die Gruppe kann über die volle Förderhöhe verfügen. |
|  |  |
| Bankinstitut: |       |
| IBAN: | DE      -     -     -     -     -      |
| BIC: |       |
|  |
|  |
| Erklärung des/der Kontoinhabers/in bzw. des/der VerfügungsberechtigtenHiermit erkläre ich, dass ich stellvertretend für die Selbsthilfegruppe die Fördermittel durch die Krankenkasse in Empfang nehme. Ich bin verantwortlich für die ordnungsgemäße Verwendung der Fördermittel sowie für die Ausstellung und Zusendung des entsprechenden Verwendungsnachweises.

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

 |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **[ ]  Unsere Selbsthilfegruppe verfügt über kein eigenes Konto** |
|  |  |
| Bitte überweisen Sie die Förderung auf das Unter-Konto der Selbsthilfekontaktstelle / des Verbandes/Vereins. Dieses Konto wurde für die Untergliederung angelegt und ist für die Selbsthilfegruppe verfügbar. |
|  |
| Kontoinhaber/in: |       |
|  |  |
| Anschrift |       |
|  |  |
|  |       |
|  |  |
| Bankinstitut: |       |
| IBAN: | DE      -     -     -     -     -      |
| BIC: |       |
|  |  |
|  |  |

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

Hiermit erklären wir, dass der Selbsthilfegruppe der bewilligte Förderbetrag gemäß § 20h SGB V ohne jeglichen

Abzug zur Verfügung steht.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |       |
| Ort, Datum |  | Unterschrift (Selbsthilfekontaktstelle/ Verband/ Verein) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wir verpflichten uns, die finanziellen Zuschüsse zweckgebunden - gemäß § 20h SGB V - zu verwenden. Die ordnungsgemäße Verwendung der Mittel ist durch entsprechende Nachweise zu belegen. Bei nicht erbrachten Nachweisen bzw. vorsätzlichen falschen Angaben sind die Krankenkassen/-verbände berechtigt, die finanziellen Zuwendungen zurückzufordern bzw. die zugesagten Fördermittel nicht auszuzahlen.**Ein Rechtsanspruch auf eine bestimmte Fördersumme besteht nicht. Die Höhe der Förderung ist abhängig von der im Förderjahr vorhandenen Gesamtfördersumme und der Anzahl und dem Förderbedarf aller anderen Antragsteller (SHG).

|  |
| --- |
| **Für die Antragstellung sind die Unterschriften von zwei befugten Gruppenmitgliedern notwendig, die die Richtigkeit der Angaben bestätigen und sich im Falle einer (z.B. krankheitsbedingten) Verhinderung gegenseitig vertreten.** |

|  |
| --- |
|  |
|       |  |       |
|  |
| Ort, Datum |  | 1. Unterschrift (ggf. Stempel) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |       |
| Ort, Datum |  |  2. Unterschrift (ggf. Stempel) |
|  |
|  |  |  |

 |

|  |
| --- |
| **Bitte beachten:****Nur vollständige Antragsunterlagen gewährleisten eine zeitnahe Prüfung Ihres Förderantrages. Bitte reichen Sie deshalb alle nachstehenden Unterlagen ein*.*** |

|  |
| --- |
| **Diesem Antrag sind folgende Anlagen beigefügt:** |
| **[ ]**  | Projektbeschreibung einschließlich Muster-Projektfinanzierungsplan (Anlage II) |
| **[ ]**  | Datenverwendungserklärung (Anlage III) |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **[ ]**  | Selbstdarstellung der SHG |
| **[ ]**  | ggf. Presseartikel |
| **[ ]**  | ggf. Flyer/Handzettel |
| **[ ]**  | Sonstiges |
|  |  |

|  |
| --- |
| Projektbeschreibung einschl. (Muster-)Projektfinanzierungsplan |

**Zielsetzung des Projektes:**

|  |
| --- |
|       |

|  |
| --- |
|       |
|  |

|  |
| --- |
|       |

**Angesprochene Zielgruppe:**

|  |
| --- |
|       |

|  |
| --- |
|       |
|  |

|  |
| --- |
|       |

**Projektumsetzung/Laufzeit:**

|  |
| --- |
|       |

|  |
| --- |
|       |

|  |
| --- |
|       |

**Projektort:**

|  |
| --- |
|       |

|  |
| --- |
|       |

|  |
| --- |
|       |

**Projektbeteiligte/ Kooperationspartner:**

|  |
| --- |
|       |

|  |
| --- |
|       |

|  |
| --- |
|       |

**Weiterführung (Nachhaltigkeit) nach dem Projektende:**

|  |
| --- |
|       |

|  |
| --- |
|       |

|  |
| --- |
|       |
|  (Muster-)Projektfinanzierungsplan |

|  |
| --- |
| **Kalkulierte Ausgaben** |
|  |  |  |
| Raumkosten oder Miete |       | EUR |
|  |  |
| Referentenkosten/Honorar (Empfänger bitte benennen) |       | EUR |
|  |  |
| Aufwandsentschädigung Referent (Unterkunft/Reisekosten) |       | EUR |
|  |  |
| Anzahl der Teilnehmer (TN) |       | Pers. |
|  |  |  |
| Übernachtung pro TN |       | EUR |
|  |  |  |
| Verpflegung pro TN |       | EUR |
|  |  |  |
| Teilnahmegebühr pro TN |       | EUR |
|  |  |  |
| Reisekosten (Wegstreckenentschädigung in Anlehnung an das Bundesreisekostengesetz 0,20 € pro KM - begrenzt auf einen Höchstbetrag von 130,00 €. Bei öffentlichen Verkehrsmitteln bis zur Höhe der niedrigsten Beförderungsklasse. Mögliche Fahrpreis-ermäßigungen sind zu berücksichtigen.)) |       | EUR |
|  |  |
| Portokosten |       | EUR |
|  |  |
| Gesamtkosten Material (Kopier-/Druckkosten usw.) |       | EUR |
|  |  |
| Weitere Sachkosten (bitte einzeln benennen) |       | 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 |
|  |  |
|       |  |
|       |  |
|       |  |
| **Kalkulierte Gesamteinnahmen** |  | **EUR** |

|  |
| --- |
| Datenverwendungserklärung |

|  |  |
| --- | --- |
| Name der Selbsthilfegruppe: |       |
| Name des Ansprechpartners: |       |

Noch eine Bitte in eigener Sache:

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.

Damit die Verwendung der entsprechenden Informationen auf rechtlich abgesicherter Basis erfolgen kann, benötigen wir eine entsprechende Einverständniserklärung. Wir bitten Sie deshalb, uns nachfolgend Ihr entsprechendes Einverständnis zu erklären.

Wir willigen ein, dass die Angaben aus dem Strukturerhebungsbogen und dem Antrag für folgende Zwecke verwendet werden dürfen:

* 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.

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