

Krankenkassenindividuelle Förderung

nach § 20h SGB V

Antragsunterlagen für die Projektförderung

der Landesorganisationen der Selbsthilfe

Damit die gesetzlichen Krankenkassen/ -verbände über eine Förderung entscheiden können, ist Ihre Mitwirkung nach § 60 SGB I erforderlich. Die folgenden Angaben werden für die ordnungsgemäße Bearbeitung Ihres Antrages auf Förderung nach § 20h SGB V benötigt. Eine fehlende Mitwirkung kann zur Ablehnung Ihres Antrages führen.

Bitte reichen Sie den Antrag mit den erforderlichen Anlagen nur vollständig ausgefüllt und unterschrieben ein. Beachten Sie hierfür die Seite 3 des Antrages. Änderungen im Antragsvordruck durch den Antragsteller sind nicht zulässig.

Zu den Antragsunterlagen gehören die nachstehenden Anlagen:

- Anlage 1: Antragsformular für die Projektförderung
- Anlage 2: Strukturhebungsbogen
- Anlage 3: Projektbeschreibung und Finanzierungsplan
- Anlage 4: Datenverwendungserklärung
- Anlage 5: Mittelverwendungsnachweis

Antragsvordruck für Landesorganisationen der Selbsthilfe
zur Beantragung von **Projektfördermitteln** gemäß § 20h SGB V
für das **Förderjahr** _____

AOK Nordost –Die Gesundheitskasse

Name des Förderempfängers / des Landesverbandes

Anschrift:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Internet:

Bankverbindung

Kontoinhaber:

Kreditinstitut:

IBAN:

BIC:

Ansprechpartner der Selbsthilfeorganisation für Rückfragen zum Antrag:

Name:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

(1) Welches Projekt soll gefördert werden?

a) **Name des Projektes:**

Bitte beschreiben Sie Ihr geplantes Projekt/Vorhaben ausführlich auf einem separaten Blatt. Hierbei sollte es sich um eine begrenzte Aktivität handeln, die über das normale Maß der täglichen Selbsthilfearbeit hinausgeht. Achten Sie bitte darauf, dass in Ihren Ausführungen nähere Angaben zu folgenden Aspekten erfolgen:

- Veranstaltungsort
- Zielsetzung des Projektes
- Erfolgsindikatoren des Projektes
- angesprochene Zielgruppe
- Projektaufbau, Projektdurchführung und Projektumsetzung
- Projektbeteiligte und Kooperationspartner
- Laufzeit des Projektes
- Ausführungen zur Weiterführung nach Auslaufen der Finanzierung

(2) Bei welchen Krankenkassen/-verbänden auf Landesebene wurden ebenfalls Anträge zur Förderung dieses Projektvorhabens und in welcher Höhe gestellt?

- | | | | |
|---|-------|----------------------|---|
| <input type="checkbox"/> AOK NordOst | Höhe: | <input type="text"/> | € |
| <input type="checkbox"/> BKK-Landesverband NORDWEST | Höhe: | <input type="text"/> | € |
| <input type="checkbox"/> Fördergemeinschaft der Ersatzkassen c/o vdek | Höhe: | <input type="text"/> | € |
| <input type="checkbox"/> BARMER GEK | Höhe: | <input type="text"/> | € |
| <input type="checkbox"/> DAK Gesundheit | Höhe: | <input type="text"/> | € |
| <input type="checkbox"/> HEK | Höhe: | <input type="text"/> | € |
| <input type="checkbox"/> hkk | Höhe: | <input type="text"/> | € |
| <input type="checkbox"/> KKH Allianz | Höhe: | <input type="text"/> | € |
| <input type="checkbox"/> IKK Nord | Höhe: | <input type="text"/> | € |
| <input type="checkbox"/> Es wurde bei keiner der o.a. Krankenkassen/-verbände Anträge gestellt. | | | |

(3) Bei welchen Institutionen/Unternehmen wurden ebenfalls Projektfördermittel beantragt?

- Bei keiner der nachstehenden Institutionen
- Unfallversicherung
- Rentenversicherung
- öffentliche Hand (z.B. Länder, Kommunen)
- Wirtschaftsunternehmen (Pharmaunternehmen, Medizinproduktehersteller etc.)
- Weitere:

(4) Kosten des Projektes –bitte einen detaillierten Finanzierungsplan beifügen

Gesamtkosten des Projektes:

Höhe des Eigenanteils:

Beantragte Mittel bei den o.g. Partnern:

Beantragte Projektförderung in Höhe von:

**(5) In welcher Höhe hat Ihr Landesverband pauschale Fördermittel im Rahmen der kassenarten-
übergreifenden Gemeinschaftsförderung beantragt?**

Es wurden pauschale Fördermittel beantragt in Höhe von: €

Der Antragsteller erklärt, dass die Angaben richtig und vollständig sind. Er verfügt über eine ordnungsgemäße Geschäfts- und Buchführung und verpflichtet sich, die finanziellen Zuschüsse zweckgebunden gemäß § 20h SGB V zu verwenden. Ein Rechtsanspruch auf eine bestimmte Fördersumme besteht nicht. Die Krankenkassen/-verbände behalten sich im Einzelfall vor, die ordnungsgemäße Verwendung der Fördermittel zu prüfen. Bei vorsätzlich falschen Angaben sind die Krankenkassen/-verbände berechtigt, die finanziellen Zuwendungen zurückzufordern.

Für die Antragstellung sind die Unterschriften von zwei legitimierten Vertretern des Landesverbandes notwendig, die die Richtigkeit der Angaben bestätigen und sich im Falle einer (krankheitsbedingten) Verhinderung gegenseitig vertreten, Ausnahme bei Alleinvertretungsberechtigten.

Ort, Datum

Unterschrift 1. Vertretungsbefugter lt. Satzung (ggf. Stempel)

Ort, Datum

Unterschrift 2. Vertretungsbefugter lt. Satzung

Bitte beachten:

Nur vollständige Antragsunterlagen gewährleisten eine zeitnahe Prüfung Ihres Förderantrages. Bitte reichen Sie deshalb alle nachstehenden Antragsunterlagen ein.

Diesem Antrag sind folgende Anlagen beizufügen:

- Strukturhebungsbogen (Anlage 2)
- Projektbeschreibung (Anlage 3)
- Datenverwendungserklärung (Anlage 4)
- Projektfinanzierungsplan
- Satzung
- Körperschaftssteuer Freistellungsbescheid des Finanzamtes
- Haushaltsplan für das Antragsjahr (ggf. Entwurf)
- letzter genehmigter Jahresabschluss
- Mitteilung über die Entlastung des Vorstandes durch die Mitgliederversammlung

Strukturhebungsbogen für die Selbsthilfeorganisationen auf Landesebene

Stand der nachstehenden Angaben: (Datum)

Name des Landesverbandes:	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
Anschrift:	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
Vorsitzende(r)/Präsident(in):	<input type="text"/>
ggf. Geschäftsführer(in):	<input type="text"/>
Telefon: <input type="text"/>	Telefax: <input type="text"/>
E-Mail: <input type="text"/>	Internet: <input type="text"/>

- (1) a) Gründungsjahr des Landesverbandes:
- b) Jahr der Eintragung in das Vereinsregister:
- c) Falls noch kein e.V., wann ist die Eintragung vorgesehen?
- d) Gründe für die Nichteintragung in das Vereinsregister:
-
- (2) a) Gesamtzahl der Einzelmitglieder:
- b) Anzahl der zugehörigen örtlichen Selbsthilfegruppen im Land:
- (3) a) Erhebt Ihr Landesverband Mitgliedsbeiträge ? Ja Nein
- b) Wenn ja, Höhe des Mitgliedsbeitrages: €
- (4) In welchen übergeordneten Organisationen ist Ihr Landesverband Mitglied?
- Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe e.V. (LAG SELBSTHILFE)
- Landesverband des PARITÄTISCHEN e.V. (DPWV)
- Andere Wohlfahrts-/Sozialverbände:
- Sonstige (z.B. Fachgesellschaften):
-

(5) Gibt es hauptberufliche Stellen im Landesverband:

nein, nur Ehrenamt ja, Anzahl Stellen: mit Wochen-Gesamtarbeitszeit: Std.

(6) a) Name der Erkrankung/Behinderung:

b) Zuordnung der Erkrankung zum Krankheitsverzeichnis nach § 20h SGB V (Krankheitsobergruppen):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Krankheiten des Kreislaufsystems | <input type="checkbox"/> Hirnbeschädigungen |
| <input type="checkbox"/> Krankheiten des Muskel-Skelettsystems, der Gelenke, der Muskeln und des Bindegewebes | <input type="checkbox"/> Endokrine Ernährungs- und Stoffwechsel-Krankheiten |
| <input type="checkbox"/> Bösartige Neubildungen, Tumorerkrankungen | <input type="checkbox"/> Krankheiten des Blutes, des Immunsystems/ Immundefekte |
| <input type="checkbox"/> Allergische und asthmatische Erkrankungen, Krankheiten des Atmungssystem | <input type="checkbox"/> Krankheiten der Sinnesorgane, Hör-, Seh- und Sprachbehinderungen |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Verdauungsorgane und des Urogenitaltraktes | <input type="checkbox"/> Infektiöse Krankheiten |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> Psychische und Verhaltensstörungen, Psychische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen , chronische Krankheiten des Hautanhanggebildes und der Unterhaut | <input type="checkbox"/> Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien |
| <input type="checkbox"/> Suchterkrankungen | <input type="checkbox"/> Chronische Schmerzen |
| <input type="checkbox"/> Krankheiten des Nervensystems | <input type="checkbox"/> Organtransplantationen |

c) Kurzbeschreibung der Erkrankung / Behinderung (ggf. Flyer/Selbstdarstellung beifügen):

d) Angaben zur Verbreitung der Erkrankung / Behinderung (soweit bekannt):

(7) Selbstdarstellung des Landesverbandes:

- Broschüre, Faltblatt o.ä. zur Selbstdarstellung des Landesverbandes, der Ziele und Arbeitsschwerpunkte ist beigefügt

(8) Hat sich Ihr Landesverband Leitsätze zur Wahrung der Neutralität und Unabhängigkeit im Umgang mit im Wettbewerb stehenden Wirtschaftsverbänden/-unternehmen gegeben?

- Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. Stempel)

Projektbeschreibung, Finanzierungsplan beifügen

Bitte beachten: Projektfinanzierung zusätzlich beifügen

Zielsetzung des Projektes und angesprochene Zielgruppe

[Empty text area for project goals and target group]

Projektumsetzung inklusive Laufzeit

[Empty text area for project implementation and duration]

Projektort

[Empty text area for project location]

Projektbeteiligte und Kooperationspartner

[Empty text area for project participants and partners]

Weiterführung nach Projektende

[Empty text area for continuation after project end]

Datenverwendungserklärung

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 weitergehende 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:

Diese Einverständniserklärung zur Datenverwendung ist freiwillig und unabhängig von der Bearbeitung Ihres Antrages auf Fördermittel. Ein Widerruf ist jederzeit möglich.

Einverständniserklärung zur Datenverwendung:

Wir willigen ein, dass die Angaben aus dem Antrag und dem Strukturhebungsbogen zusätzlich 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.

Zur Information: Die ARGE Selbsthilfeförderung Mecklenburg-Vorpommern wird zu Zwecken der Transparenz den Namen des Fördermittelempfängers und die Förderhöhe veröffentlichen (vgl. „Leitfaden zur Selbsthilfeförderung vom 17.06.2013“).

Ort, Datum

Unterschrift

**Nachweis über die Mittelverwendung gemäß § 20h SGB V
für das Förderjahr 20**

Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift der Landesorganisation):

Ansprechpartner bei eventuellen Rückfragen (Name):

Telefon:

Bewilligungsschreiben vom:

Geschäftszeichen:

Betrag:

€

Verwendungszweck (Projekt):

Die zur Verfügung gestellten Fördermittel wurden wirtschaftlich, sparsam und ausschließlich für gesundheitsbezogene Selbsthilfeaufgaben der Landesorganisation verwendet.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. Stempel)

Zurück an:

[]

[]

Belegliste

Bitte listen Sie alle Belege der Projektaktivität auf.

Lfd. Nr. (der Belege)	Datum (des Beleges)	Empfänger (der Zahlung)	Kostenart (entsprechend der Kostenart des Finanzierungsplans)	Grund (der Auszahlung/ Projektbezug)	Betrag (€)	Bemerkung
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
				SUMME:		