

**Antragsunterlagen zur pauschalen Förderung von  
Selbsthilfegruppen  
durch die GKV Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe  
im Land Berlin  
gemäß § 20h SGB V**

Damit die gesetzlichen Krankenkassen und ihre 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.

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

- Anlage 1: Antragsformular für die Pauschalförderung
- Anlage 2: Informationen zum Datenschutz
- Anlage 3a/b: Verwendungsbestätigung bis 600 EUR oder  
Verwendungsnachweis ab 601 EUR für das vorherige Förderjahr
- Anlage 4: Arbeitsplan für das aktuelle Förderjahr

**Rücksendung dieses Antrages bitte an folgende Adresse:**

AOK Nordost  
Prävention  
Diana Gromm  
14456 Potsdam

***Achtung!***

*Für die Bearbeitung des Antrags ist zwingende Voraussetzung, dass dieser vollständig ausgefüllt ist und die erforderlichen Anlagen beigelegt sind. Näheres zu diesem Förder- und Antragsverfahren entnehmen Sie bitte dem Merkblatt zur kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung. Bitte lesen Sie das Merkblatt sehr aufmerksam vor dem Ausfüllen dieses Antrags.*

Die Antragsfrist für die Einreichung von Förderanträgen endet mit dem **31. Januar des aktuellen Förderjahres (Poststempel)**.

**Antrag auf pauschale Förderung der Selbsthilfegruppen gemäß § 20h SGB V für das Förderjahr \_\_\_\_ im Rahmen der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung im Land Berlin**

**(1) Angaben zum Antragsteller:**

Wurde Ihre Gruppe bereits gefördert?

Ja     Nein

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

---

Name der Selbsthilfegruppe:

---

Postanschrift:

---

Ansprechpartner/in (**wenn abweichend von Postanschrift**):

---

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Internet: \_\_\_\_\_

Name und Telefonnummer der stellvertretenden Ansprechpartner/in:

---

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

**(2) Angaben zur Selbsthilfegruppe (SHG):**

Mit welchem Krankheitsbild befasst sich die SHG?

---

Seit wann besteht die SHG?

Bei Neugründung bzw. Erstantragstellung bitte den Nachweis der Veröffentlichung (siehe Merkblatt Punkt 4.) beifügen.

Wie viele Mitglieder hat die SHG zum Antragszeitpunkt?

Wie häufig finden Gruppentreffen statt? (**nur Gesprächsselbsthilfe**)

|  |                 |
|--|-----------------|
|  | <i>im Monat</i> |
|  | <i>im Jahr</i>  |

Wie viele Personen nehmen durchschnittlich an den Gruppentreffen teil?

---

Ist die Gruppe grundsätzlich offen für neue Mitglieder?

Ja

Nein

Wenn nein, bitte begründen:

---

Haben Mitglieder der SHG im vergangenen Jahr an einer Fort- bzw. Weiterbildung teilgenommen? <sup>1</sup>

Ja

Nein

**Wenn ja, bitte Bezeichnung eintragen und Teilnahmebescheinigung als Anlage beifügen:**

---

Ist die SHG Mitglied in einem Landesverband?

Ja

Nein

Wenn ja, in welchem:

---

Wird die Gruppe regelmäßig von professionellen Helfern wie z. B. Ärzten, Therapeuten, anderen Gesundheits- und Sozialberufen, die nicht selbst betroffen und nicht Mitglied der Selbsthilfegruppe sind, geleitet? (Bitte Erläuterungen unter Punkt 4.4 Anstrich im Merkblatt beachten)

Ja

Nein

Wenn ja, bitte begründen mit Angabe der Qualifikation der Anleitung/Moderation:

---

In welcher der beiden Datenbanken ist die SHG aufgeführt?  
(**Erstantragsteller bitte Nachweis beifügen**)

SEKIS

Landesstelle Berlin für Suchtfragen e. V.

Falls nein:

Die SHG wird in einer Datenbank angemeldet und der Nachweis wird innerhalb der nächsten zwei Wochen nachgereicht! (**Fördervoraussetzung!**)

---

<sup>1</sup> Fort- und Weiterbildungen werden auf den Websites der SEKIS, Landesstelle Berlin für Suchtfragen, Landesvereinigung Selbsthilfe Berlin und vielen Selbsthilfelandesorganisationen angeboten.

**(3) Übersicht über die voraussichtlichen gesamten Einnahmen und Ausgaben im aktuellen Förderjahr:**

**(3a) Gesamteinnahmen:**

|  |            |
|--|------------|
| Rücklagen <sup>2</sup>   | EUR        |
| Restfördermittel des Vorjahres <sup>3</sup>                      | EUR        |
| Mitgliedsbeiträge  | EUR        |
| Zuschüsse Landesverband  | EUR        |
| Zuschüsse von Unfall-/Rentenversicherungsträgern                 | EUR        |
| Zuschüsse öffentliche Hand                                       | EUR        |
| Zuschüsse Gesetzliche Krankenversicherung (Pauschalmittelbedarf) | EUR        |
| Zuschüsse Gesetzliche Krankenversicherung (nur Projektmittel)    | EUR        |
| Sponsoring (z.B. durch Pharmaunternehmen)                        | EUR        |
| Spenden  | EUR        |
| Sonstige Einnahmen (bitte benennen)                              | EUR        |
| _____  | EUR        |
| _____  | EUR        |
| <b>Summe Gesamteinnahmen</b>                                     | <b>EUR</b> |

**(3b) Gesamtausgaben:**

|  |                  |
|--|------------------|
| Miete und Raumnutzungsgebühren   | EUR              |
| Büro und Organisation der Gruppentreffen<br>(Telefon, Internet, Porto, Ersatz/Anschaffung von Mobiliar und technischen Geräten, Fahrkosten der Gruppenverantwortlichen (nicht zu regelmäßigen Gruppentreffen)) | EUR              |
| Öffentlichkeitsarbeit<br>(z.B. Internetauftritt, Flyer, Mitgliederzeitschrift)   | EUR              |
| Tagungs- und Kongressbesuche<br>(Teilnahmegebühren, Fahrt- und Übernachtungskosten)  | EUR              |
| Sonstige Ausgaben (bitte ankreuzen oder benennen)  |                  |
| <input type="checkbox"/> Fachliteratur   | EUR              |
| <input type="checkbox"/> Mitgliedsbeiträge   | EUR              |
| <input type="checkbox"/> Referentenhonorare  | EUR              |
| <input type="checkbox"/> Kontoführungsgebühren   | EUR              |
| <input type="checkbox"/>   | EUR              |
| <b>Summe Gesamtausgaben</b>  | <b>EUR</b>       |
| <b>Saldo</b> (Differenz zwischen Einnahmen und Ausgaben)   | _____ <b>EUR</b> |

<sup>2</sup> Erläuterungen siehe Merkblatt zur kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung Punkt 8

<sup>3</sup> Erläuterungen siehe Merkblatt zur kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung Punkt 8 und 11

SHG-Nr.

**(3c) Höhe der beantragten pauschalen Förderung:** \_\_\_\_\_ **EUR**

**(3d)** Wurde bei der Sozialen Pflegeversicherung nach SGB XI ein Antrag für dieses Förderjahr gestellt?

Ja                       Nein

Wenn ja, Förderbetrag: \_\_\_\_\_ **EUR**

Verwendungszweck: \_\_\_\_\_

**(4a) 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 das nur für die Zwecke der Selbsthilfegruppe eingerichtete Treuhandkonto, oder ein Konto, das nur für die Gruppe als Gesellschaft bürgerlichen Rechts eingerichtet wurde:**

Kontoinhaber (Name): \_\_\_\_\_

Verfügberechtigte Mitglieder der Selbsthilfegruppe (Namen in Druckbuchstaben): \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Verwendungszweck: \_\_\_\_\_

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

| <b>Erklärung der Verfügungsberechtigten der Selbsthilfegruppe bei eigenem Konto der Selbsthilfegruppe</b>  |  |
|--|--|
| <p>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.</p> |  |
| <p>_____<br/>Name, Vorname (in Druckbuchstaben)</p>  | <p>_____<br/>Datum, Unterschrift (verfügungsberechtigtes Mitglied der Selbsthilfegruppe)</p>                                 |
| <p>_____<br/>Name, Vorname (in Druckbuchstaben)</p>  | <p>_____<br/>Datum, Unterschrift (<u>weiteres</u> verfügungsberechtigtes Mitglied der Selbsthilfegruppe, wenn vorhanden)</p> |

- (4b) 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 (Unter-) Konto des Bundes- oder Landesverbandes oder der Selbsthilfekontaktstelle:**

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Verwendungszweck: \_\_\_\_\_

**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)

**(5) Abschließende Erklärung:**

Der Antragsteller erklärt, dass

- die Angaben im Antrag richtig und vollständig sind.
- er über ordnungsgemäße Geschäfts- und Buchführung und eine entsprechende Verwaltung verfügt.

Der Antragsteller wird auf Anforderung des Fördermittelgebers ggf. weitere Unterlagen und Nachweise, die für die Beurteilung des Antrags notwendig sind, zur Verfügung stellen. Er nimmt zur Kenntnis, dass der Fördermittelgeber bei vorsätzlich falschen oder grob fahrlässigen Angaben berechtigt ist, die Fördermittel ganz oder teilweise zurückzufordern.

Die Informationen zum Datenschutz (Anlage 2) wurden zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
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

**Bitte beachten Sie, dass nur Erklärungen mit zwei Unterschriften anerkannt werden können. Eine fehlende Unterschrift führt zur Ablehnung!**

Diesem Antrag sind beigelegt:

- Arbeitsplan der SHG für das aktuelle Förderjahr (Anlage 4) **(Fördervoraussetzung)**
- Verwendungsbestätigung bis 600 EUR oder  
Verwendungsnachweis ab 601 EUR für das Vorjahr (Anlage 3) **(Fördervoraussetzung)**  
(Sofern der Antragsteller im Vorjahr Pauschalmittel nach § 20h SGB V erhalten hat.)
- Teilnahmebescheinigung der Fort- bzw. Weiterbildung des Vorjahres  
**(unbedingt beifügen, wenn teilgenommen)**
- Flyer / Handzettel der Selbsthilfegruppe (wenn vorhanden)

## 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](http://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](mailto:Datenschutz-Service@nordost.aok.de).

## Bestätigung über die Mittelverwendung für Fördersummen bis 600 EUR gemäß § 20h SGB V für das vorherige Förderjahr \_\_\_\_\_

Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift der Selbsthilfegruppe):

### SHG- Registrier-Nummer:

Name der Selbsthilfegruppe: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner/in bei eventuellen Rückfragen  
(Name): \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Bewilligungsschreiben vom: \_\_\_\_\_ Betrag: \_\_\_\_\_ EUR

tatsächlich verausgabte Fördermittel: \_\_\_\_\_ EUR

Die Fördermittel wurden ausschließlich für **gesundheitsbezogene Selbsthilfeaufgaben** der Selbsthilfegruppe gemäß § 20h SGB V und entsprechend dem Merkblatt zur kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung sowie den Nebenbestimmungen (Bestandteil des Bewilligungsschreibens) wirtschaftlich, sparsam und zweckentsprechend verwendet.

Die GKV Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe im Land Berlin behält sich Stichprobenprüfungen über die ordnungsgemäße Verwendung der Fördermittel vor. Alle mit der Förderung zusammenhängenden Unterlagen (Einzelbelege, Verträge etc.) müssen 6 Jahre nach Ablauf des Förderjahres aufbewahrt werden. Der Fördermittelpfänger stellt sicher, dass die Unterlagen insbesondere auch nach einem Ämterwechsel oder Auflösung der Selbsthilfegruppe für eine Prüfung zur Verfügung stehen.

**Diese Verwendungsbestätigung ist auch dann einzureichen, wenn keine Fördermittel für das aktuelle Förderjahr beantragt werden.**

\_\_\_\_\_  
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

## Nachweis über die Mittelverwendung für Fördersummen ab 601 EUR gemäß § 20h SGB V für das vorherige Förderjahr \_\_\_\_\_

|  |  |
|--|--|
| Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift der Selbsthilfegruppe): |  |
| <b>SHG- Registrier-Nummer:</b>   |  |
| Name der Selbsthilfegruppe: _____                                      |  |
| Ansprechpartner/in bei eventuellen Rückfragen (Name): _____            |  |
| Telefon: _____   |  |

Bewilligungsschreiben vom: \_\_\_\_\_ Betrag: \_\_\_\_\_ EUR

tatsächlich verausgabte Fördermittel: \_\_\_\_\_ EUR

Die Fördermittel wurden ausschließlich für **gesundheitsbezogene Selbsthilfeaufgaben** der Selbsthilfegruppe gemäß § 20h SGB V und entsprechend dem Merkblatt zur kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung sowie den Nebenbestimmungen (Bestandteil des Bewilligungsschreibens) wirtschaftlich, sparsam und zweckentsprechend verwendet.

Die GKV Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe im Land Berlin behält sich Stichprobenprüfungen über die ordnungsgemäße Verwendung der Fördermittel vor. Alle mit der Förderung zusammenhängenden Unterlagen (Einzelbelege, Verträge etc.) müssen 6 Jahre nach Ablauf des Förderjahres aufbewahrt werden. Der Fördermittelpfänger stellt sicher, dass die Unterlagen insbesondere auch nach einem Ämterwechsel oder Auflösung der Selbsthilfegruppe für eine Prüfung zur Verfügung stehen.

**Dieser Verwendungsnachweis ist auch dann einzureichen, wenn keine Fördermittel für das aktuelle Förderjahr beantragt werden.**

### Anlage: Tatsächliche Gesamteinnahmen und Gesamtausgaben und Tätigkeitsbericht für das vergangene Förderjahr

\_\_\_\_\_  
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

Anlage zum Nachweis über die Mittelverwendung für das Jahr \_\_\_\_\_

**Tatsächliche Gesamteinnahmen und Gesamtausgaben im vorherigen Förderjahr**

**(3a) Gesamteinnahmen:**

|  |            |
|--|------------|
| Rücklagen <sup>4</sup>   | EUR        |
| Restfördermittel des Vorjahres <sup>5</sup>                    | EUR        |
| Mitgliedsbeiträge  | EUR        |
| Zuschüsse Landesverband  | EUR        |
| Zuschüsse von Unfall-/Rentenversicherungsträgern               | EUR        |
| Zuschüsse öffentliche Hand                                     | EUR        |
| Zuschüsse Gesetzliche Krankenversicherung (nur Pauschalmittel) | EUR        |
| Zuschüsse Gesetzliche Krankenversicherung (nur Projektmittel)  | EUR        |
| Sponsoring (z.B. durch Pharmaunternehmen)                      | EUR        |
| Spenden  | EUR        |
| Sonstige Einnahmen (bitte benennen)                            |            |
| _____  | EUR        |
| _____  | EUR        |
| <b>Summe Gesamteinnahmen</b>                                   | <b>EUR</b> |

**(3b) Gesamtausgaben:**

|  |            |
|--|------------|
| Miete und Raumnutzungsgebühren   | EUR        |
| Büro und Organisation der Gruppentreffen<br>(Telefon, Internet, Porto, Ersatz/Anschaffung von Mobiliar und technischen Geräten, Fahrkosten der Gruppenverantwortlichen (nicht zu regelmäßigen Gruppentreffen)) | EUR        |
| Öffentlichkeitsarbeit<br>(z.B. Internetauftritt, Flyer, Mitgliederzeitschrift)   | EUR        |
| Tagungs- und Kongressbesuche<br>(Teilnahmegebühren, Fahrt- und Übernachtungskosten)  | EUR        |
| Sonstige Ausgaben (bitte ankreuzen oder benennen)  |            |
| <input type="checkbox"/> Fachliteratur   | EUR        |
| <input type="checkbox"/> Mitgliedsbeiträge   | EUR        |
| <input type="checkbox"/> Referentenhonorare  | EUR        |
| <input type="checkbox"/> Kontoführungsgebühren   | EUR        |
| <input type="checkbox"/>   | EUR        |
| <b>Summe Gesamtausgaben</b>  | <b>EUR</b> |

|  |                  |
|--|------------------|
| <b>Saldo</b> (Differenz zwischen Einnahmen und Ausgaben) | _____ <b>EUR</b> |
|--|------------------|

<sup>4</sup> Erläuterungen siehe Merkblatt zur kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung Punkt 8

<sup>5</sup> Erläuterungen siehe Merkblatt zur kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung Punkt 8 und 11

Anlage zum Nachweis über die Mittelverwendung

## **Tätigkeitsbericht für das vergangene Jahr**

Falls vorhanden, können Sie anstelle dieses Formblattes den vorhandenen Tätigkeitsbericht der Selbsthilfegruppe beilegen.

### **Inhalte der durchgeführten Gruppentreffen**

- Austausch zum aktuellen Befinden/Gesundheitszustand
- Erfahrungsaustausch und Diskussion zu bestimmten Themen

Konkrete Themen bitte beispielhaft auführen

- 
- Gegenstand durchgeführter Vorträge von Ärzten und anderen Referenten

Themen bitte auführen

- 
- Sonstiges (bitte erläutern)

---

**Hinweis:** Freizeitaktivitäten wie z.B. Ausflüge, Urlaubsreisen, Kino-, Konzert- und Theaterbesuche, Weihnachtsfeiern und andere jahrestypische Feste, Krankenbesuche etc., die nicht förderfähig sind (vgl. Punkt 7 des Merkblattes), müssen nicht aufgeführt werden.

## Arbeitsplan für das aktuelle Förderjahr

Falls vorhanden, können Sie anstelle dieses Formblattes den Arbeitsplan der Selbsthilfegruppe beilegen.

### Häufigkeit der geplanten Gruppentreffen

- wöchentlich       monatlich       Sonstiges (bitte erläutern)

---

### Inhalte der geplanten Gruppentreffen

- Austausch zum aktuellen Befinden/Gesundheitszustand  
 Erfahrungsaustausch und Diskussion zu bestimmten Themen

Themen bitte aufführen, wenn bereits bekannt

- 
- Gegenstand geplanter Vorträge von Ärzten und anderen Referenten

Themen bitte aufführen, wenn bereits bekannt

- 
- Sonstiges (bitte erläutern)

---

**Hinweis:** Freizeitaktivitäten wie z.B. Ausflüge, Urlaubsreisen, Kino-, Konzert- und Theaterbesuche, Weihnachtsfeiern und andere jahrestypische Feste, Bewirtung und Präsente für Gruppenmitglieder, Krankenbesuche etc., die nicht förderfähig sind (vgl. Punkt 7 des Merkblattes) müssen nicht aufgeführt werden.