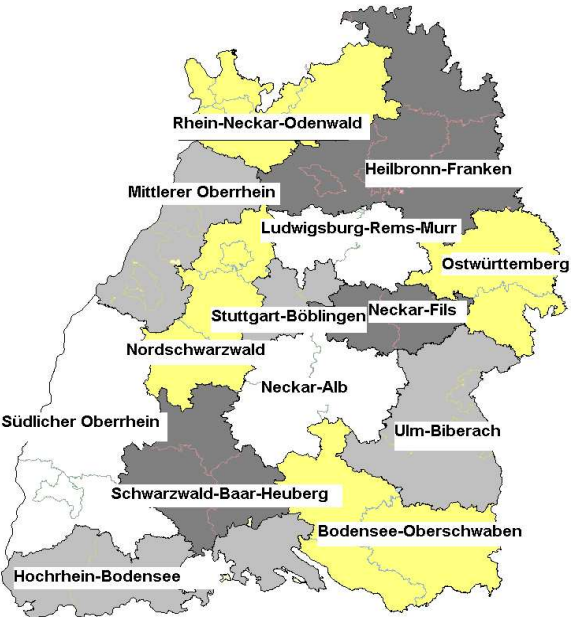


<p>Federführende Krankenkasse:</p> <p>AOK Heilbronn-Franken Selbsthilfeförderung Sozialer Dienst Allee 72 74072 Heilbronn</p>		<p>Mitglieder der Regionalen Arbeitsgemeinschaft</p> <p><b>AOK Heilbronn-Franken</b> Allee 72 74072 Heilbronn</p> <p>Landesverband der <b>Betriebskrankenkassen</b> Baden-Württemberg Stuttgarter Str. 105 70806 Kornwestheim</p> <p><b>IKK classic</b> Heilbronn Innsbrucker Str. 12 74072 Heilbronn</p> <p><b>Knappschaft</b> Verwaltungsstelle München 80791 München</p> <p><b>LKK Baden-Württemberg</b> Vogelrainstr. 25 70199 Stuttgart</p> <p><b>vdek</b> vertreten durch DAK Herbststr. 9 74072 Heilbronn</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung (Pauschalförderung)

nach § 20c SGB V

### Antragsunterlagen für die Förderung

#### 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 § 20c SGB V benötigt (vgl. Antragsunterlagen). Eine fehlende Mitwirkung kann zur Ablehnung Ihres Antrages führen.

#### Zu den Antragsunterlagen gehören:

- Antragsformular für die Pauschalförderung, einschl. Strukturdaten
- Datenverwendungserklärung
- Verwendungsnachweis

## Antrag auf Pauschalförderung für die örtlichen/regionalen Selbsthilfegruppen gemäß § 20c SGB V für das Förderjahr \_\_\_\_\_

**(1) Name der Selbsthilfegruppe (SHG):**

Anschrift:



Telefon:

Fax:

Email:

Internet:

**AnsprechpartnerIn/Gruppenleitung** (Anschrift, Telefonnummer, wenn abweichend zu o. a. Angaben):




**Treffpunkt(e)** der Selbsthilfegruppe (mit Ortsangabe):




**(2) Mit welchem Krankheitsbild befasst sich die SHG?**

Seit **wann** besteht die SHG?

Jahr

Ist die SHG **offen** für neue Mitglieder/Teilnehmer?

Wie viele (**Vereins-**) **Mitglieder** hat die SHG?

Wie viele Personen nehmen **regelmäßig** an Gruppentreffen teil?

Wie **häufig** finden **Gruppentreffen** statt?

im Monat  
im Jahr

Ist die SHG Mitglied in einem Landesverband/Bundesverband?

Nein  Ja, Mitglied im Verband:

Wer leitet/betreut die Gruppe regelmäßig? (Name, Vorname, Beruf)

Erfolgt die Leitung im Rahmen einer beruflichen Tätigkeit?

Ja

Nein

### (3) Voraussichtliche Einnahmen der Selbsthilfegruppe

Mitgliedsbeiträge	<input type="text"/>	EUR
Spenden, Sponsoren	<input type="text"/>	EUR
Zuschüsse, z. B. von Landes-/Bundesorganisationen	<input type="text"/>	EUR
Zuschüsse von Renten-/Unfall-/Pflegeversicherung	<input type="text"/>	EUR
Zuschüsse öffentliche Hand (z. B. Landkreis, Kommune)	<input type="text"/>	EUR
Selbsthilfeförderung nach § 20c SGB V (Pauschalförderung)	<input type="text"/>	EUR
Zinsen/Erbschaften	<input type="text"/>	EUR
Sonstiges	<input type="text"/>	EUR
<b>Summe</b>	<input type="text"/>	EUR

**(4) Voraussichtliche Ausgaben der Selbsthilfegruppe**

Miete/Raumkosten	<input type="text"/>	EUR
Bürobedarf (Papier etc.)	<input type="text"/>	EUR
Telefon, Telefax, Internet, Porto	<input type="text"/>	EUR
Anschaffungen für die Gruppenarbeit	<input type="text"/>	EUR
Regelmäßige Veranstaltungen, z. B. Mitgliederversammlung	<input type="text"/>	EUR
Öffentlichkeitsarbeit	<input type="text"/>	EUR
Fahrtkosten für Verbandsarbeit	<input type="text"/>	EUR
Teilnahme an Fortbildungs- und Fachveranstaltungen (z. B. auch Gebühren für Tagungs- und Kongressbesuche)	<input type="text"/>	EUR
Gruppenbeiträge zu Landes-/Bundesorganisationen	<input type="text"/>	EUR
Sonstiges	<input type="text"/>	EUR
	<b>Summe</b>	<input type="text"/> EUR
Es wird hiermit eine pauschale Förderung <b>in Höhe von</b> beantragt	<input type="text"/>	EUR

**Diesem Antrag sind folgende Unterlagen beigelegt:**

- Presseartikel
- Flyer/Handzettel, andere Medien
- Tätigkeitsbericht
- SHG verfügt über keine Materialien
- Verwendungsnachweis des Vorjahres

**(5) Bankverbindung:**

- a)  Unsere Selbsthilfegruppe verfügt über ein **eigenes** Konto. (Vereinskonto, Gruppenkonto oder Privatkonto ausschließlich für SHG)

**Wichtig:**

Es müssen mindestens zwei Personen eine Verfügungsbefugnis für das Konto besitzen.

Die Förderung soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

Kontoinhaber

1. Kontoverfügberechtigter

2. Kontoverfügberechtigter

Kontonummer:

Bankleitzahl:

Kreditinstitut:

**Erklärung des/der Verfügungsberechtigten (SHG)**

Hiermit erkläre ich, dass ich stellvertretend für die Selbsthilfegruppe die Fördermittel durch die Krankenkassen/-verbände in Empfang nehme. Ich bin verantwortlich für die ordnungsgemäße Verwendung des Geldes sowie für die Ausstellung eines entsprechenden Verwendungsnachweises.

Name, Vorname

Datum, Unterschrift

- b)  Unsere Selbsthilfegruppe ist eine unselbständige Untergliederung eines rechtsfähigen Bundes-, Landes- oder Kreisverbandes/-vereins. Für unsere Gruppe besteht ein eigenes Unterkonto des Gesamtverbandes/-vereins, das für uns angelegt wurde und über dessen Mittel wir selbst verfügen können.

Die Förderung soll auf unser Verbands-/Vereinskonto überwiesen werden:

Kontoinhaber

Mittelverfügungsberechtigter

Kontonummer:

Bankleitzahl:

Kreditinstitut:

#### Erklärung des/der Mittelverfügungsberechtigten

Hiermit verpflichte ich mich sicherzustellen, dass die Fördermittel ausschließlich für die Zwecke der Gruppe verwendet werden, unter Berücksichtigung der Förderrichtlinien sowie der gemeinnützigkeitsrechtlichen Regelungen und der satzungsgemäßen Ziele des Verbandes. Ich bin verantwortlich für die Ausstellung eines entsprechenden Verwendungsnachweises.

Name, Vorname

Datum, Unterschrift

Mit der nachfolgenden Unterschrift bestätigt die Selbsthilfegruppe, dass sie parteipolitisch und weltanschaulich neutral ist und keine kommerziellen Interessen verfolgt. Die Interessenswahrnehmung und -vertretung erfolgt grundsätzlich durch Betroffene. Die Selbsthilfegruppe ist zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit den Krankenkassen/-verbänden bereit. Sie gewährleistet die ordnungsgemäße Durchführung der geförderten Maßnahmen, beachtet die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und erklärt sich bereit, die Verwendungsnachweise der bewilligten Mittel einzureichen.

Ein Rechtsanspruch auf eine bestimmte Fördersumme besteht nicht. Die Selbsthilfegruppe verpflichtet sich, die Mittel nach § 20c SGB V zweckgebunden zu verwenden.

**Die Krankenkassen behalten sich im Einzelfall vor, die ordnungsgemäße Verwendung der Fördermittel zu prüfen. Bei vorsätzlich falschen Angaben sind die Krankenkassen berechtigt, die finanziellen Zuwendungen zurückzufordern.**

Ort, Datum

Unterschrift (und ggf. Stempel)

## Datenverwendungserklärung

### Noch eine Bitte in eigener Sache:

Wichtige Voraussetzung zur besseren Umsetzung der Selbsthilfeförderung nach § 20c 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 weitergehenden Datenverwendung ist freiwillig und unabhängig von der Bearbeitung Ihres Antrages auf Fördermittel. Ein Widerruf ist jederzeit möglich.**

Einverständniserklärung zur weitergehenden Datenverwendung:

Wir willigen ein, dass die Angaben aus dem Antrag 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.

Wir willigen in diese weitergehende Datenverwendung ein:

Datum

Unterschrift

## Nachweis über die Mittelverwendung gemäß § 20c SGB V für das Förderjahr \_\_\_\_\_ (bitte Jahr eintragen)

Bitte beachten Sie, dass dieses Formular erst **nach** der Mittelverwendung ausgefüllt und spätestens am **31.03. des Folgejahres** vorgelegt werden muss.

Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift der Selbsthilfegruppe):	
AnsprechpartnerIn bei eventuellen Rückfragen (Name):	Telefon:

Bewilligungsschreiben vom:

Geschäftszeichen:

Betrag:

EUR

### Verwendungszweck

- Verwaltungskosten/Miete
- Öffentlichkeitsarbeit
- Qualifikation/Fortbildung
- Tagungs-, Kongressbesuche von Gruppenmitgliedern
- Kosten für Gremiensitzungen
- Sonstiges

**Bitte Einnahmen- und Ausgabenübersicht bei Förderbeträgen ab 1000 EUR beifügen! Die Kassen behalten sich vor ggf. Originalbelege anzufordern.**

Die Fördermittel wurden ausschließlich für gesundheitsbezogene Selbsthilfaufgaben der Selbsthilfegruppe verwendet.

Zurück an:

AOK Heilbronn-Franken  
Selbsthilfeförderung  
Sozialer Dienst  
Allee 72  
74072 Heilbronn

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Rechtsverbindliche Unterschrift  
für die Selbsthilfegruppe