

## Förderung gemäß § 45c Abs. 9 SGB XI Verwendungsnachweis für das Förderjahr 2022

Die Fördermittel sind ausschließlich für die Netzwerkarbeit zu verwenden!

**Frist für die Einreichung: 31.03.2023**

Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift der Netzwerkorganisation)

Name Ansprechpartner/in (für Verwendungsnachweis)

Kontaktdaten Ansprechpartner/in (Telefonnummer/ E-Mail)

Bewilligungszeitraum für Fördermittel \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Zuwendungszweck (bezogen auf bewilligte Fördermittel)

Höhe der bewilligten Fördermittel \_\_\_\_\_ €

Höhe Kosten Gesamtvorhaben (bezogen auf bewilligte Fördermittel) \_\_\_\_\_ €

**Einnahmen** bezogen auf das Förderjahr bzw. Bewilligungszeitraum

Eigenmittel \_\_\_\_\_ €

Fördermittel \_\_\_\_\_ €

Leistung Dritter \_\_\_\_\_ €

**Ausgaben** bezogen auf das Förderjahr bzw. Bewilligungszeitraum

Personalausgaben \_\_\_\_\_ €

Sachausgaben \_\_\_\_\_ €

**Gesamt** (Zusammenfassung der Einnahmen und Ausgaben bezogen auf das Förderjahr bzw. Bewilligungszeitraum)

Einnahmen gesamt \_\_\_\_\_ €

Ausgaben gesamt \_\_\_\_\_ €

Einnahmen abzüglich Ausgaben \_\_\_\_\_ €

Ort, Datum

Unterschrift Netzwerkträger

# Anlage zum Verwendungsnachweis zum Förderjahr 2022

Die Fördermittel sind ausschließlich für die Netzwerkarbeit zu verwenden!

**Empfänger der Fördermittel** (Name und Anschrift der Netzwerkorganisation)

## Einnahmen

	Plan (gemäß Antrag)	Ist	Differenz
Eigenmittel			
Fördermittel			
Leistung Dritter			
<b>Gesamt</b>			

## Ausgaben

Personalausgaben	Plan (gemäß Antrag)	Ist	Differenz

Name, Vorname	Belegnummer*	Betrag	Empfänger/Grund/Datum
1.			
2.			
3.			

ggf. weitere Auflistung als Anlage beifügen

Sachausgaben	Plan (gemäß Antrag)	Ist	Differenz

Kostenart	Belegnummer*	Betrag	Empfänger/Grund/Datum
<b>1. Fortbildungen</b>			
<b>2. Öffentlichkeitsarbeit</b>			
a) Anzeigen Zeitung			
b) Flyer und Plakate			
c) Sonstiges			
<b>3. Miete</b>			
<b>4. Versicherungsschutz</b>			
<b>5. Büro/Geschäftsbedarf/ Telekommunikation"</b>			
<b>6. sonstige Sachausgaben</b>			
a) Verpflegung			
b) Blumenschmuck			
c) Inventar Veranstaltung			
d) Materialkosten			
e) Sonstiges			
<b>7. Referentenkosten</b>			
a) Liquidation			
b) Sonstiges			
<b>8. Zuschüsse gemäß Kooperationsvereinbarung</b>			
<b>9. Sonstige Ausgaben</b>			

ggf. weitere Auflistung als Anlage beifügen

\* Die Belege sind zu archivieren und nur auf Nachfrage vorzulegen.

# Anlage zum Verwendungsnachweis – Förderung gemäß § 45c Abs. 9 SGB XI

## Hinweise zur Nachweisführung

Die Verwendung der Fördermittel ist nachzuweisen. Hierbei ist die im Bewilligungsschreiben festgelegte Frist zu beachten. Die Fördermittel sind ausschließlich für die Netzwerkarbeit und die in der Kooperationsvereinbarung vereinbarten Ziele zu verwenden!

**Hinweis:** Der Verwendungsnachweis besteht aus einem zahlenmäßigen Nachweis sowie einem Tätigkeitsnachweis. Bitte legen Sie daher einen kurzen Tätigkeitsnachweis mit einer kurzen Schilderung der umgesetzten Ziele des Netzwerkes bei.

Ich versichere, dass die vorgenannten Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht wurden und dass ich gegenüber der Landesverbände der Pflegekassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. befugt bin, für die im o.g. Netzwerk Beteiligten rechtsverbindliche Aussagen zu in Baden-Württemberg zu treffen.

Die Verarbeitung der gemachten Angaben erfolgt ausschließlich im Rahmen des gesetzlich notwendigen Verfahrens zur Förderung nach § 45c Abs. 9 SGB XI in Verbindung mit den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. in der Fassung vom 05.12.2016 zur weiteren Ausführung.

Mir ist bewusst, dass die Fördermittel im Voraus ausbezahlt werden und dass ich Fördermittel, die nicht zweckentsprechend verwendet wurden, an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung, der beim Bundesversicherungsamt geführt wird, zurückerstatten muss. Hierzu erhält das Netzwerk von den Fördermittelgebern eine Mitteilung über die Rückforderung.

Für Fragen stehe ich zur Verfügung und werde bei Bedarf die hierfür angeforderten Unterlagen/Rechnungen unverzüglich an die Landesverbände der Pflegekasse übersenden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Netzwerkträger