

# ARGE Selbsthilfeförderung Mecklenburg-Vorpommern

**Ende der Antragsfrist: 31.12.2018**

## **Kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung**

**nach § 20h SGB V**

**Antragsunterlagen für die Förderung der**

**Landesorganisationen der Selbsthilfe**

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.

Bitte reichen Sie den Antrag mit den erforderlichen Anlagen nur vollständig ausgefüllt und von **zwei legitimierten Vertreterinnen oder Vertretern unterschrieben** ein. Änderungen im Antragsvordruck sind nicht zulässig.

**Antragsvordruck für die Beantragung pauschaler Fördermittel der Selbsthilfeorganisationen auf Landesebene gemäß § 20h SGB V für das Förderjahr 2019**

Name des Antragstellers (der Selbsthilfeorganisation auf Landesebene):

[Redacted area for applicant name]

Anschrift:

[Redacted area for address]

Telefon:

[Redacted area for telephone number]

E-Mail:

[Redacted area for email address]

Fax:

[Redacted area for fax number]

Internet:

[Redacted area for internet information]

Bankverbindung:

Kontoinhaber:

[Redacted area for account holder name]

Kreditinstitut:

[Redacted area for credit institution]

IBAN:

[Redacted area for IBAN]

BIC:

[Redacted area for BIC]

Nennung des/der vertretungsberechtigten Ansprechpartners/in für Rückfragen zum Antrag:

Name:

[Redacted area for name]

Telefon:

[Redacted area for telephone number]

Fax:

[Redacted area for fax number]

E-Mail:

[Redacted area for email address]

Gesamtausgaben lt. Haushaltsplan	Plan 2019
<b>Personalausgaben</b>  Löhne/Gehälter Sozialabgaben, Beiträge zu Berufsgenossenschaften etc.	EUR <input type="text"/> EUR <input type="text"/>
<b>Sachausgaben</b>  <u>Raumkosten/Miete inkl. Betriebskosten</u> - für Landesgeschäftsstelle - für andere Räumlichkeiten (bitte erläutern)  <u>Geschäftsbedarf</u> Büroausstattung Fernmeldegebühren (Telefon/Fax, Internet) Porto Ersatz/Anschaffung von Mobiliar und technischen Geräten Fahrt-/Reisekosten (inkl. Gremiensitzungen)  <u>Qualifizierung</u> Schulungen oder Fortbildungen (inkl. Fahrt-/Reisekosten)  <u>Öffentlichkeitsarbeit</u> Regelmäßig erscheinende Medien Ausgaben für PR, Kongresse, Messen	EUR <input type="text"/> EUR <input type="text"/>  EUR <input type="text"/> EUR <input type="text"/> EUR <input type="text"/> EUR <input type="text"/> EUR <input type="text"/>  EUR <input type="text"/>  EUR <input type="text"/> EUR <input type="text"/>
Mitgliedsbeiträge für Selbsthilfe-Dachorganisationen	EUR <input type="text"/>
Ausgaben für geplante Projekte	EUR <input type="text"/>
Weitere Ausgabenpositionen, z.B. - Rückstellungen (diese bitte gesondert erläutern) - - -	EUR <input type="text"/> EUR <input type="text"/> EUR <input type="text"/> EUR <input type="text"/>
<b>Summe der Gesamtausgaben</b>	<b>EUR</b> <input type="text"/>

<b>Gesamteinnahmen</b>	<b>Plan 2019</b>
<b>Eigene Mittel</b>	
Mitgliedsbeiträge	EUR <input type="text"/>
Entnahme aus Rücklagen <sup>1</sup>	EUR <input type="text"/>
Einnahmen von Dachverbänden	EUR <input type="text"/>
Einnahmen aus Zweckbetrieb (z.B. aus Verkauf von Produkten)	EUR <input type="text"/>
Einnahmen über eigene Förderkreise oder Fördervereine o.ä.	EUR <input type="text"/>
Zinserträge	EUR <input type="text"/>
Erbschaften	EUR <input type="text"/>
Sonstige Einnahmen	EUR <input type="text"/>
<b>Summe Eigene Mittel</b>	<b>EUR</b> <input type="text"/>
<b>Fremde Mittel</b>	
<b>Öffentliche Hand (institutionell/pauschal und Projektförderung)</b>	
Bundesmittel	EUR <input type="text"/>
Landesmittel	EUR <input type="text"/>
Kommunale Mittel	EUR <input type="text"/>
<b>Zuschüsse der Gesetzlichen Krankenversicherung (Projektförderung)</b>	EUR <input type="text"/>
<b>Zuschüsse der Gesetzlichen Krankenversicherung (Pauschalförderung)</b>	EUR <input type="text"/>
<b>Zuschüsse sonstiger Sozialversicherungsträger</b> (institutionell/pauschal und Projektförderung)	
Rentenversicherung	EUR <input type="text"/>
Unfallversicherung	EUR <input type="text"/>
Pflegeversicherung	EUR <input type="text"/>
<b>Sonstige Einnahmen</b>	
Sponsoring (z.B. Pharmaunternehmen, Medizinprodukte-Hersteller)	EUR <input type="text"/>
Erhaltene Leistungen Dritter (geldwerte Dienstleistungen)	EUR <input type="text"/>
Spenden	EUR <input type="text"/>
Zuwendungen von Stiftungen	EUR <input type="text"/>
Weitere Einnahmen: (z.B. aus Lotterien/ Bußgeldern)	EUR <input type="text"/>
<b>Summe Fremde Mittel</b>	<b>EUR</b> <input type="text"/>
<b>Summe der Gesamteinnahmen</b>	<b>EUR</b> <input type="text"/>

<sup>1</sup> Sofern Rücklagen bestehen und diese im Antrag nicht als Eigenmittel ausgewiesen werden, ist dies zu begründen. Bitte hierzu eine gesonderte Anlage beifügen. Bei Selbsthilfeorganisationen, die neben den Aufgaben der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe soziale Dienstleistungen erbringen und aus diesen Betätigungen über freie Rücklagen verfügen, reicht bei der Antragstellung der Hinweis, dass diese Rücklagen aufgrund der Komplexität und des Umfangs dieser Aufgaben nicht für die Finanzierung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe eingebracht werden können.

Sind außergewöhnliche Veränderungen für das Antragsjahr 2019 zu erwarten, z.B. Einnahmen (Erbschaften o.a.) oder Einnahmeausfälle?

Ja   
(bitte erläutern)

Nein

**Bitte tragen Sie hier ein, in welcher Höhe Sie pauschale Fördermittel beantragen.**

<b>Höhe der beantragten Pauschalfördermittel</b>	<b>EUR</b>
--------------------------------------------------	------------

<b>Folgende Anlagen sind diesem Antrag beigelegt und auszufüllen (bitte ankreuzen)</b>	<b>ist beigelegt</b>	<b>liegt vor, keine Änderung zum Vorjahr</b>	<b>wird nachgereicht zum</b>
1) Strukturhebungsbogen (einschließlich der Ausweisung von Personalstellen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2) aktuelle Satzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3) aktueller Körperschaftssteuer-Freistellungsbescheid des Finanzamtes	<input type="checkbox"/>		
4) Mitteilung über die letzte Entlastung des Vorstandes durch die Mitglieder bzw. Delegiertenversammlung (Auszug aus dem Protokoll der Mitgliederversammlung)	<input type="checkbox"/>		
5) Verwendungsnachweis des Vorjahres a) Tätigkeitsbericht des Vorjahres b) zahlenmäßiger Nachweis	<input type="checkbox"/>		
6) Erläuterung von Rücklagen (sofern diese bestehen und nicht als eigene Mittel eingesetzt werden)	<input type="checkbox"/>		
7) Letzter genehmigter Jahresabschluss (ggf. zunächst als Entwurf)	<input type="checkbox"/>		

Der Strukturhebungsbogen und die Satzung sind nur einzureichen, wenn sich seit der Antragstellung im Vorjahr Änderungen ergeben haben.

**Der Antragsteller erklärt, dass**

- die Angaben im Antrag richtig und vollständig sind.
- er über eine 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

Unterschrift (1. Legitimierte/r Vertreterin/Vertreter)

Ort, Datum

Unterschrift (2. Legitimierte/r Vertreterin/Vertreter)

## Strukturerhebungsbogen für die Selbsthilfeorganisationen auf Landesebene

Stand der nachstehenden Angaben: [ ] (Datum)

Name des Landesverbandes:	
[ ]	
[ ]	
Anschrift:	
[ ]	
[ ]	
Vorsitzende(r)/Präsident(in):	[ ]
ggf. Geschäftsführer(in):	[ ]
Telefon: [ ]	Telefax: [ ]
E-Mail: [ ]	Internet: [ ]

- (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-Skelett-Systems, 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 Atmungssystems             | <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?

Ort, Datum

Unterschrift ( und ggf. Stempel)



## 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 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 nach sechs Jahren nach Abschluss des Förderverfahrens gelöscht.

Mit den jeweils zuständigen Datenschutzbeauftragten können Sie unmittelbar über folgende Internet-Adressen Kontakt aufnehmen.

- AOK Nordost

<https://www.aok.de/pk/nordost/inhalt/informationen-zur-datenverarbeitung-17/>

- BKK-Landesverband Nordwest

<https://www.bkk-nordwest.de/datenschutz/>

- IKK Nord

<https://www.ikk-nord.de/i/impressum-daten/datenschutzerklaerung/>

- Knappschaft

[https://www.knappschaft.de/SiteGlobals/Modules/Footer/DE/Allgemein/Meta/Datenschutz/datenschutz\\_node.html;jsessionid=8D2A24B000530304B9AE8D27ABBA37E8](https://www.knappschaft.de/SiteGlobals/Modules/Footer/DE/Allgemein/Meta/Datenschutz/datenschutz_node.html;jsessionid=8D2A24B000530304B9AE8D27ABBA37E8)

- SVLFG

[https://www.svlfg.de/131\\_datenschutzhinweis/index.html](https://www.svlfg.de/131_datenschutzhinweis/index.html)

- Vdek

<https://www.vdek.com/Service/datenschutz.html>

**zum Verbleib beim Antragsteller**

**Kontaktadresse für die Antragstellung**

---

**Die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung im Land Mecklenburg-Vorpommern wird durch folgende Krankenkassen/-verbände gewährleistet:**

AOK Nordost, Region Mecklenburg-Vorpommern, 14456 Potsdam  
BKK-Landesverband NORDWEST, Süderstr. 24, 20097 Hamburg  
IKK Nord, Greifstr. 107, 17034 Neubrandenburg  
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern,  
Werderstraße 74 a, 19055 Schwerin  
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Hoppegartener Str. 100,  
15366 Hoppegarten  
KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Nord, Millerntorplatz 1, 20359 Hamburg

**Federführung 2019:**

**BKK-Landesverband NORDWEST**  
**Herr Thomas Fritsch**  
**Süderstraße 24, 20097 Hamburg**  
**Telefon: (040) 25 15 05 – 258,Telefax: (040) 25 15 05 - 236**  
**E-Mail: [Thomas.Fritsch@bkk-nordwest.de](mailto:Thomas.Fritsch@bkk-nordwest.de)**  
**Website: [www.bkk-nordwest.de](http://www.bkk-nordwest.de)**