

# **ARGE Selbsthilfeförderung Mecklenburg-Vorpommern**

Ende der Antragsfrist: 31.01.2019

## **Kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung**

**nach § 20h 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 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 örtlichen/regionalen Selbsthilfegruppen zur Beantragung pauschaler Fördermittel gemäß § 20h SGB V für das Förderjahr 2019

**(1) Angaben zum Antragsteller:**

ggf. Nummer der Selbsthilfegruppe:

MV\_SHG\_

Name der Selbsthilfegruppe:

**An wen soll die Post geschickt werden?**

Name

Straße

PLZ/Ort

Telefon:

Fax:

Email:

Internet:

Ansprechpartner/Gruppenleitung (mit Anschrift und Telefonnummer, wenn abweichend zu o.a. Angaben):

Treffpunkt der Selbsthilfegruppe (mit Anschrift und Telefonnummer, wenn abweichend zu o.a. Angaben):

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

Mit welchem Krankheitsbild befasst sich die SHG?

Seit wann besteht die SHG?

Wie viele Mitglieder hat die SHG?

Finden Gruppentreffen häufiger als einmal monatlich statt?

Ja

Nein

Ist die SHG Mitglied in einem Landesverband?

Ja

Nein

Wenn ja, in welchem:

Wird die SHG von einer professionellen Fachkraft (z.B. Ärzte oder Therapeuten) angeleitet?

Ja       Nein      Hinweis: Eine Förderung von Selbsthilfegruppen ist nur möglich, wenn diese nicht von professionellen Helfern geleitet werden (Leitfaden zur Selbsthilfeförderung)

**(3) Alle geplanten Ausgaben der Selbsthilfegruppe für das Antragsjahr, die mit dem Förderzweck zusammenhängen.**

**Verwaltungskosten / Miete**

- Raumkosten	EUR
- Büroausstattung und Sachkosten:	EUR
- Porto, Telefon, Fax, Internet:	EUR
- Ersatz / Anschaffung von Mobiliar und technischen Geräten:	EUR
- Weitere Sachkosten (bitte erläutern):	EUR

**Öffentlichkeitsarbeit**

Internetauftritt, Mitgliederzeitschriften      EUR

**Qualifizierung / Fortbildung** (bitte erläutern, für welche Maßnahmen)

EUR

**Tagungs-, Kongressbesuche von Gruppenmitgliedern** (bitte erläutern)

EUR

**Kosten für Gremiensitzungen** (bitte erläutern)

EUR

**(4) Alle geplanten Einnahmen der Selbsthilfegruppe für das Antragsjahr, die mit dem Förderzweck zusammenhängen.**

<input type="checkbox"/> Mitgliedsbeiträge	EUR
<input type="checkbox"/> Öffentliche Hand (z.B. Land, Kommunen)	EUR
<input type="checkbox"/> Zuschüsse Renten- /Unfallversicherung/Pflegeversicherung	EUR
<input type="checkbox"/> Sponsoring (Pharmaunternehmen, Medizinproduktehersteller etc.)	EUR
<input type="checkbox"/> Landesverband (bei Mitgliedschaft)	EUR
<input type="checkbox"/> Spenden	EUR
<input type="checkbox"/> Andere Einnahmen / Entnahme Rücklagen (Erbschaften etc.)	EUR
<input type="checkbox"/> geldwerte Dienstleistungen/Naturalien	EUR

Hat die SHG Fördermittel nach den §§ 45d i.V. m. 45c SGB XI (zur Unterstützung von Pflegebedürftigen oder von Personen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf) für niedrigschwellige Betreuungsangebote beim Land oder einer Kommune beantragt?

Ja       Nein

Wenn ja, für welchen Zweck?      EUR

**(5) Benötigte Fördermittel**

**Antrag**

Kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung:  
- Selbsthilfegruppen -

Es wird hiermit eine pauschale Förderung beantragt in Höhe von: EUR

**(6) Bankverbindung:**

**Unsere Selbsthilfegruppe verfügt über ein eigenes Konto**

Bitte überweisen Sie die Förderung auf das für die Zwecke der Selbsthilfegruppe eingerichtete Konto, Treuhandkonto, ein Konto das für die Gruppe als GbR oder alternativ als Giro-Unterkonto, eröffnet wurde. Dieses Konto wurde für die jeweilige Selbsthilfegruppe angelegt und die Gruppe kann über die volle Förderhöhe verfügen.

Kontoinhaber/in \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

bei \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

**Erklärung des/der Kontoinhabers/in bzw. des/der Verfügungsberechtigten**

Hiermit erkläre ich, dass ich stellvertretend für die Selbsthilfegruppe die Fördermittel durch die Krankenkasse in Empfang nehme. Ich bin verantwortlich für die ordnungsgemäße Verwendung der Fördermittel sowie für die Ausstellung und Zusendung des entsprechenden Verwendungsnachweises.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift des/der Verfügungsberechtigten

**Unsere Selbsthilfegruppe verfügt über kein eigenes Konto**

Bitte überweisen Sie die Förderung auf das Unter-Konto der Selbsthilfekontaktstelle/des Verbandes/Vereins. Dieses Konto wurde für die Untergliederung angelegt und ist für die Selbsthilfegruppe verfügbar.

Kontoinhaber/in bzw. Verfügungsberechtigter \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

bei \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

**Erklärung des/der Kontoinhabers/in bzw. des/der Verfügungsberechtigten**

Hiermit erklären wir, dass der Selbsthilfegruppe gemäß § 20h SGB V der bewilligte Förderbetrag der ARGE Selbsthilfeförderung Mecklenburg-Vorpommern ohne jeglichen Abzug zur Verfügung steht.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Selbsthilfekontaktstelle, Verband/ Verein, ggf. Stempel

**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 1) wurden zur Kenntnis genommen.**

Ort, Datum

Unterschrift (1. Legitimierte/r Vertreterin/Vertreter)

Ort, Datum

Unterschrift (2. Legitimierte/r Vertreterin/Vertreter)

**Bitte beachten:**

Nur vollständige Antragsunterlagen gewährleisten eine zeitnahe Prüfung Ihres Förderantrages.

**Diesem Antrag sind folgende Anlagen beizufügen:**

- Bestätigung über die Mittelverwendung aus dem **Vorjahr**  
(Sofern der Antragsteller im Vorjahr Pauschalmittel nach § 20h SGB V erhalten hat, ist die Verwendung dieser Mittel nachzuweisen.)

**Zusätzlich sind beigelegt:**

- Selbstdarstellung der SHG
- ggf. Presseartikel/ Flyer/ Handzettel
- Sonstiges
- Wir verfügen über keine Materialien.

## 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/impresum-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)**