

# Kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung Rheinland-Pfalz

## Antragsunterlagen Pauschalförderung

### örtliche/regionale Selbsthilfegruppen

Antragsfrist: 28. Februar 2018

Damit die gesetzlichen Krankenkassen 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.

Reichen Sie deshalb den Antrag **fristgerecht** mit den erforderlichen Anlagen (s. Seite 8) **nur** vollständig ausgefüllt **und** unterschrieben ein (s. hierzu Seiten 7 u. 9). Änderungen im Antragsvordruck durch den Antragsteller sind nicht zulässig.

*(Bitte Zutreffendes ankreuzen)*

**Erstantrag**

**Folgeantrag**

# 1. Antrag PAUSCHALFÖRDERUNG für das Förderjahr 2018

---

## 1.1. Kontaktdaten

Name des Antragstellers (der Selbsthilfegruppe):

  

Anschrift bzw. Kontaktadresse für den Schriftverkehr:

  

Telefon:

E-Mail:

Fax:

Internet:

## 1.2. Bankverbindung:

Kontoinhaber:

Kreditinstitut:

IBAN\*:

BIC\*:

## 1.3. Ansprechpartner/-in für Rückfragen zum Antrag:

Name:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

\*Im Zuge der Einführung des SEPA-Zahlungsverkehrs nennen Sie bitte ab sofort Ihre IBAN/BIC anstelle der veralteten Kontonummer/BLZ.

# 1. Antrag PAUSCHALFÖRDERUNG für das Förderjahr 2018

---

## 1.4. Angaben zur Selbsthilfegruppe (SHG)

Treffpunkt der Selbsthilfegruppe (mit Anschrift):

[Redacted]

[Redacted]

Mit welchem Krankheitsbild befasst sich die Selbsthilfegruppe?

[Redacted]

Seit wann besteht die SHG?

[Redacted]

Ist die SHG offen für neue Mitglieder?

[Redacted]

Wie viele Mitglieder hat die SHG?

[Redacted]

Wie viele Personen nehmen regelmäßig an den Gruppentreffen teil?

[Redacted]

Wie häufig finden Treffen der Gesprächsgruppen/-kreise zum krankheitsbezogenen Austausch statt?

[Redacted]

Ist die SHG Mitglied in einem Landesverband/Bundesverband?

Ja

Nein

Wenn ja, in welchem:

[Redacted]

Muss die SHG Raummiete/Nebenkosten bezahlen?

Ja

Nein

Wenn ja, an wen:

[Redacted]

in welcher Höhe:

[Redacted]

Anlass der Raumnutzung:

[Redacted]

Wird die Gruppe angeleitet/moderiert?

Ja

Nein

Wenn ja, von wem?

Betroffene/r

Angehörige/r

Sonstige (z.B. Arzt, Therapeut )

[Redacted]

## 1. Antrag PAUSCHALFÖRDERUNG für das Förderjahr 2018

---

### 1.5. Angaben zur beantragten pauschalen Förderung:

Bitte beschreiben Sie, wofür der pauschale Zuschuss verwendet werden soll:

Bitte tragen Sie hier ein, in welcher Höhe Sie Fördermittel beantragen, unter Berücksichtigung aller eigenen Mittel und Einnahmen, die mit dem Förderzweck zusammenhängen (insbesondere Zuwendungen, Leistungen Dritter, Einnahmen aus Sponsoring etc.).

Sofern Rücklagen bestehen und diese im Antrag nicht zur Deckung der Ausgaben verwendet werden, ist dies vom Antragsteller zu begründen.

<b>Höhe der beantragten Fördermittel</b>	<input style="width: 80%;" type="text"/> <b>EUR</b>
--	---

### Wichtig:

- ➔ Bis zu einer Antragsumme **von maximal 600,- €** weiter mit Seite 7!  
**Angaben zu Ausgaben und Einnahmen sind nicht erforderlich!**
- ➔ Bitte denken Sie an alle Unterschriften (Seiten 7 und 9).
- ➔ Für eine Antragsumme **ab 601,- €** müssen zwingend auch „**Angaben zu Ausgaben und Einnahmen**“ mit den Seiten 5 (Ausgaben) und 6 (Einnahmen) gemacht werden.
- ➔ Bitte denken Sie an alle Unterschriften (Seiten 7 und 9).

# 1. Antrag PAUSCHALFÖRDERUNG für das Förderjahr 2018

## 1.6. Ausgaben (Angaben nur ab einer Antragssumme über 600,- Euro erforderlich)!

Gesamtausgaben lt. Haushaltsplan (Angaben erforderlich gemäß dem Leitfaden zur Selbsthilfeförderung)		Haushaltsjahr 2018
<b>Raumkosten/Miete inkl. Betriebskosten</b>		
für Gesprächstreffen		EUR
<b>Geschäftsbedarf</b>		
Büroausstattung/Büromaterial		EUR
Fachliteratur		EUR
Fernmeldegebühren (Telefon/Fax, Internet)		EUR
Porto		EUR
<b>Ersatz/Anschaffung von Mobiliar, technischen Geräten und Ausstellungsbedarf*</b>		
<input type="checkbox"/> Beamer <input type="checkbox"/> Drucker <input type="checkbox"/> Laptop <input type="checkbox"/> Multifunktionsgerät <input type="checkbox"/> PC	<input type="checkbox"/> Software <input type="checkbox"/> Leinwand, Stellwand, Multiplanwand <input type="checkbox"/> Rollbanner <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	EUR
<b>Fahrt-/Reisekosten (Gremiensitzungen)</b> Anlage „Fahrtkostentabelle“ muss eingereicht werden.		EUR
<b>Öffentlichkeitsarbeit</b>		
Regelmäßig erscheinende Medien		EUR
Pflege Homepage/Internet		EUR
<b>Mitgliedsbeiträge für Selbsthilfe-Organisationen</b>		EUR
<b>Ausgaben für geplante Projekte</b>		EUR
<b>Weitere Ausgabenpositionen z. B.:</b>		
		EUR
		EUR
		EUR
<b>Summe der Gesamtausgaben</b>		<b>EUR</b>

**\* Bitte beachten Sie folgende Rahmenbedingungen für eine Förderung:**

Mit diesem Antrag können ausschließlich Anschaffungskosten im Rahmen der Pauschalförderung geltend gemacht werden, welche nicht durch andere Zuschüsse/Spenden/Projektförderung abgedeckt sind. Der Höchstförderbetrag für Anschaffungen beträgt pro Jahr max. 1.000,- Euro pro Selbsthilfegruppe (unabhängig vom Förderbedarf). Die getätigten Ausgaben sind spätestens zum Ende des jeweiligen Förderjahres anhand des Mittelverwendungsnachweises mit einer Kopie der Rechnung (ausgestellt auf Ihre Selbsthilfegruppe) und einer Kopie des entsprechenden Kontoauszuges mit dem Überweisungsbetrag zu belegen. **Die Anerkennung von Barzahlungsbelegen ist nicht möglich.**

# 1. Antrag PAUSCHALFÖRDERUNG für das Förderjahr 2018

## 1.7. Einnahmen (Angaben nur ab einer Antragssumme über 600,- Euro erforderlich)!

Gesamteinnahmen lt. Haushaltsplan (Angaben erforderlich gemäß dem Leitfaden zur Selbsthilfeförderung)	Haushaltsjahr 2018
<b>Eigene Mittel</b>	
Mitgliedsbeiträge	EUR
Entnahme aus Rücklagen* (Bitte Anlage 2 einreichen)	EUR
Einnahmen von Dachverbänden/Landes-/Bundesverband	EUR
Sonstige Einnahmen (Zinsen, Erbschaften, Fördervereine etc.)	EUR
	EUR
<b>Summe Eigene Mittel</b>	<b>EUR</b>
<b>Fremde Mittel</b>	
<b>Öffentliche Hand</b> (institutionell/pauschal und Projektförderung)	
Landesmittel, Bundesmittel	EUR
Kommunale Mittel	EUR
<b>Zuschüsse der Gesetzlichen Krankenversicherung (nur Projektförderung)</b>	EUR
<b>Zuschüsse sonstiger Sozialversicherungsträger</b> (institutionell/pauschal und Projektförderung)	
Pflegeversicherung	EUR
Rentenversicherung	EUR
Unfallversicherung	EUR
<b>Sonstige Einnahmen</b>	
Sponsoring (z.B. Pharmaunternehmen, Medizinprodukte-Hersteller)	EUR
Erhaltene Leistungen Dritter (geldwerte Dienstleistungen)	EUR
Spenden	EUR
Zuwendungen von Stiftungen	EUR
Weitere Einnahmen (z.B. aus Lotterien/Bußgeldern)	EUR
	EUR
<b>Summe Fremde Mittel</b>	<b>EUR</b>
<b>Summe der Gesamteinnahmen</b>	<b>EUR</b>

Sind außergewöhnliche Veränderungen für das Antragsjahr 2018 zu erwarten, z.B. Einnahmen (Erbschaften o.a.) oder Einnahmeausfälle?

Ja  (Wenn ja, bitte erläutern) \_\_\_\_\_

Nein  \_\_\_\_\_

\*Sofern Rücklagen bestehen und diese im Antrag nicht als Eigenmittel ausgewiesen werden, ist dies zu begründen. Anlage „Rücklagen“ muss mit eingereicht werden.

# 1. Antrag PAUSCHALFÖRDERUNG für das Förderjahr 2018

## 1.8. Abschließende Erklärung

<b>Der Antragsteller erklärt, dass</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• die Angaben im Antrag richtig und vollständig sind.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• er über eine ordnungsgemäße Geschäfts- und Buchführung und eine entsprechende Verwaltung verfügt.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• die Grundsätze zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit eingehalten werden.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• die im aktuellen GKV-Leitfaden (A.5.3 a und b) genannten Fördervoraussetzungen zur Kontoführung eingehalten werden.</li></ul>

Der Antragsteller nimmt zur Kenntnis, dass bei einem positiven Bescheid kein Anspruch auf Förderung in gleicher Höhe in den folgenden Haushaltsjahren besteht.

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.

Ort, Datum

### 1. Vertretungsbefugter\*

Name, Vorname in Druckbuchstaben

### 2. Vertretungsbefugter\*

Ort, Datum

Name, Vorname in Druckbuchstaben

Stempel

Unterschrift – 1. Vertretungsbefugter\*

Unterschrift – 2. Vertretungsbefugter\*

\*Sofern eine Vereinssatzung vorliegt, in der nur ein Vertretungsbefugter benannt wird, ist die Benennung/Unterschrift eines Vertretungsbefugten als ausreichend anzusehen.

# 1. Antrag PAUSCHALFÖRDERUNG für das Förderjahr 2018

## 1.9. Anlagen

### Erstantrag

(Erstmalige Beantragung von Pauschalfördermitteln bei der GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe Rheinland-Pfalz)

Folgende Anlagen sind diesem Antrag beigelegt (bitte ankreuzen):	
<input type="checkbox"/>	Datenverwendungserklärung (Anlage 1)
<input type="checkbox"/>	Aktuelle Satzung*
<input type="checkbox"/>	Aktueller Körperschaftssteuer-Freistellungsbescheid des Finanzamts*
<input type="checkbox"/>	Mitteilung über die letzte Entlastung des Vorstandes durch die Mitglieder- bzw. Delegiertenversammlung*
<input type="checkbox"/>	Erläuterung zu Rücklagen (sofern diese bestehen und nicht als eigene Mittel eingesetzt werden).
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

### Folgeantrag

Folgende Anlagen sind diesem Antrag beigelegt (bitte ankreuzen):	
<input type="checkbox"/>	Datenverwendungserklärung (Anlage 1)
<input type="checkbox"/>	Verwendungsnachweis des Vorjahres <input type="checkbox"/> Formular „Mittelverwendungsnachweis 2017“ wurde bereits abgegeben
<input type="checkbox"/>	Aktuelle Satzung*
<input type="checkbox"/>	Aktueller Körperschaftssteuer-Freistellungsbescheid des Finanzamts*
<input type="checkbox"/>	Mitteilung über die letzte Entlastung des Vorstandes durch die Mitglieder- bzw. Delegiertenversammlung*
<input type="checkbox"/>	Erläuterung zu Rücklagen (sofern diese bestehen und nicht als eigene Mittel eingesetzt werden)
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

\*Nur erforderlich, wenn es sich bei der Selbsthilfegruppe um einen eingetragenen Verein (e. V.) handelt.



## 2. Datenverwendungserklärung

---

(Anlage 1)

### Noch eine Bitte im eigenen Interesse der Antragsteller:

Wichtige Voraussetzung zur besseren Umsetzung der Selbsthilfeförderung nach § 20h SGB V ist größtmögliche 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.

Zur Bearbeitung Ihres Antrags innerhalb der GKV benötigen wir **zwingend** folgende Einverständniserklärung.

---

Wir willigen ein, dass die Angaben aus dem Antrag für folgende Zwecke verwendet werden dürfen:

- 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 unserer Selbsthilfegruppe durch die gesetzlichen Krankenkassen zu den gesetzlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen der gesundheitsbezogenen Selbsthilfeförderung,
- Dokumentation des Fördergeschehens für interne Zwecke der jeweiligen Krankenkassen und ihrer Verbände,
- Information und Beratung der Versicherten und der interessierten Öffentlichkeit über Art der Selbsthilfegruppe, betroffenes Krankheitsbild, Name der Selbsthilfegruppe sowie die für die Erreichbarkeit erforderlichen Daten.

Wir willigen in diese o.g. Datenverwendung ein:

Ort, Datum

Unterschrift

### 3. Angaben zu Rücklagen

(Anlage 2)

#### Name und Anschrift

Name des Ansprechpartners:

Telefon:

E-Mail:

### GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe Rheinland-Pfalz – Nachweis von Rücklagen –

Der Leitfaden zur Selbsthilfeförderung in der Fassung vom 17. Juni 2013 sieht vor, dass alle eigenen Mittel und Einnahmen, die mit dem Förderzweck zusammenhängen, als Deckungsmittel einzusetzen sind. Zu den eigenen Mitteln zählen, sofern sie gebildet werden, auch Rücklagen. Diese sind bei der Bemessung der Höhe der Fördermittel zu berücksichtigen.

Rücklagen zum 31.12.201__		Betrag/Summe
<b>Zweckgebundene Rücklagen:</b>	<input type="checkbox"/> nein	
1. Rücklagen, die (dem steuerbegünstigten) satzungsgemäßen Zweck dienen	<input type="checkbox"/> ja →	_____ <b>EUR</b>
2. Betriebsmittelrücklagen für wiederkehrende Ausgaben	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	_____ <b>EUR</b>
3. Rücklagen für die Pflege des Vereinsvermögens	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	_____ <b>EUR</b>
<b>Nicht zweckgebundene Rücklagen:</b>	<input type="checkbox"/> nein	
4. Freie Rücklagen	<input type="checkbox"/> ja →	_____ <b>EUR</b>
<b>Rücklagen aus Zweckbetrieb:</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	_____ <b>EUR</b>

**4. Anlage Förderfähige Fahrt- und Reisekosten** *Anlage 3*  
**Kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung Rheinland-Pfalz**

Planung Fahrt- und Reisekosten  
 etc. z. B. Delegiertenversammlungen

Aufstellung der förderfähigen Fahrt-/Reisekosten für das Jahr _____										
Name des Antragstellers:										
Fahrtkosten Auto/Bahn										
Datum	Anlass	Ziel	Ort	Kfz-Kilometer gesamt	Kfz-Fahrtkosten gesamt	Bahnfahrt (2. Klasse) a) pro Person, b) gesamt				
Summe					Summe	Summe				
Übernachungskosten										
Datum	Anlass	Ziel	Ort	Über- nachtungsk. pro Person und Nacht	a) Anzahl der Personen b) Anzahl der Übernachtungen	Bemerkungen				
Summe					Summe	Summe				

## 5. Nachweis über die Mittelverwendung gemäß § 20h SGB V

(Anlage 4)

Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift der Selbsthilfegruppe):

Name/Ansprechpartner/-in bei eventuellen

Rückfragen:

Telefon:

Bewilligungsschreiben

Geschäftszeichen:

Betrag:

vom:

€

Verwendungszweck:

Der Empfänger der Fördermittel bestätigt, dass

- die Mitteilungspflichten gem. Leitfaden Selbsthilfeförderung erfüllt sind,
- die Fördermittel wirtschaftlich, sparsam und zweckgebunden verwendet wurden,
- Gegenstände, deren Anschaffungswert 410,- Euro (ohne Umsatzsteuer) übersteigen, inventarisiert sind,
- die Fördermittel ausschließlich für satzungsgemäße gesundheitsbezogene Selbsthilfeaufgaben der Selbsthilfegruppe verwendet wurden.

**Bitte folgende Nachweise beifügen, wenn die im Jahr 2018 erhaltene Pauschalförderung den Betrag von 600,- Euro übersteigt:**

- Tätigkeitsbericht über die Aktivitäten der Gruppe einschl. regelmäßiger Gesprächskreise, ggf. als Entwurf,
- Zahlenmäßiger Nachweis: gesamte Einnahmen und Ausgaben in Form eines Jahresabschlusses, ggf. als Entwurf,
- falls Ersatz/Anschaffung von Mobiliar und technischen Geräten beantragt waren:  
Kopie der Rechnung und des Überweisungsbeleges/Kontoauszuges vom Gruppenkonto.

Zurück an:

[ „GKV-Gemeinschaftsförderung  
Selbsthilfe Rheinland-Pfalz“  
c/o AOK Rheinland-Pfalz/Saarland  
Die Gesundheitskasse  
Referat Gesundheitsförderung  
Virchowstraße 30  
67304 Eisenberg ]

Ort, Datum



rechtsverbindliche Unterschrift

**Abgabe bitte unaufgefordert an obige Adresse bis spätestens 31. Dezember 2018!**

## 6. Kontaktadresse für die Antragstellung

(Anlage 5)

Anträge auf Pauschalförderung bitte nur bei folgendem Federführer abgeben:

### Federführer im Jahr 2018

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse

Referat Gesundheitsförderung

Virchowstr. 30, 67304 Eisenberg

Telefon 0261 3904-240, Fax 06351 403-710

E-Mail: gisela.stichler@rps.aok.de

Die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung im Land Rheinland-Pfalz wird durch die „GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe Rheinland-Pfalz“ gewährleistet.

Mitglieder der GKV-Gemeinschaftsförderung in Rheinland-Pfalz sind:



#### IKK Südwest

Kirsten Beck

Wilhelm-Stöppler-Platz 2

56070 Koblenz

Telefon 0261 8081-22, Fax 0261 8081-84

E-Mail: kirsten.beck@ikk-sw.de

#### vdek Landesvertretung

##### Rheinland-Pfalz

Roland Georg

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 22

55130 Mainz

Telefon 06131 9825532, Fax 06131 832015

E-Mail: roland.georg@vdek.com

#### SVLFG - Landwirtschaftliche Krankenkasse

Volker Klais

Theodor-Heuss-Str. 1

67346 Speyer

Telefon 0561 785-13855, Fax 0561 785-219009

E-Mail: volker.klais@svlfg.de

#### BKK Landesverband Mitte

Robert Miedreich

Essenheimer Str. 126

55128 Mainz

Telefon 06131 330539, Fax 06131 330571

E-Mail: robert.miedreich@bkkmitte.de

#### Knappschaft

##### Regionaldirektion Saarbrücken

Iris Neuhardt

St. Johanner Str. 46-48

66111 Saarbrücken

Telefon 0681 4002-1314, Fax 0681 4002-1397

E-Mail: iris.neuhardt@kbs.de

#### AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse

Klaus Wilms

Virchowstr. 30

67304 Eisenberg

Telefon 06351 403-477, Fax 06351 403-710

E-Mail: klaus.wilms@rps.aok.de