

Kassenindividuelle Selbsthilfeförderung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland

Kurzantrag Projektförderung

Anschrift für Anträge (Projektförderung):

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
Die Gesundheitskasse
Frau Melanie Wagner / Referat Gesundheitsförderung
Virchowstr. 30
67304 Eisenberg

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 mit **nur** vollständig ausgefüllt **und** unterschrieben ein. Änderungen im Antragsvordruck durch den Antragsteller* sind nicht zulässig.

(Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Erstantrag**

Folgeantrag***

* Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird der Einfachheit halber nur die männliche Form verwendet. Die weibliche Form ist selbstverständlich immer mit eingeschlossen.

** Bei der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland wurde bisher noch nie ein Antrag auf Projektförderung gestellt.

*** Bei der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland wurde in den Vorjahren bereits ein Antrag auf Projektförderung gestellt.

1.1 Kontaktdaten

Sitz der Selbsthilfeeinrichtung bzw. Bundesland

Rheinland-Pfalz

Saarland

Name der Selbsthilfeeinrichtung:

Anschrift bzw. Kontaktadresse für den Schriftverkehr:

Telefon:

E-Mail:

Fax:

Internet:

1.2 Bankverbindung:

Kontoinhaber:

Kreditinstitut:

IBAN/BIC:

1.3 Wofür wird die Förderung verwendet (z.B. Vortragshonorar, Fahrtkosten, Druckkosten)?

Bitte tragen Sie hier ein, in welcher Höhe Sie Fördermittel beantragen!

(Bitte beachten: Mit diesem Kurzantrag können max. 100 Euro beantragt werden.)

**Höhe der beantragten Fördermittel bei der AOK
Rheinland-Pfalz/Saarland**

EUR _____

Erklärung

Hiermit erklären wir, dass wir stellvertretend für die Selbsthilfeeinrichtung die Fördermittel durch die Krankenkassen/-verbände in Empfang nehmen. Wir sind verantwortlich für die ordnungsgemäße Verwendung des Geldes, sowie für die Ausstellung eines entsprechenden Verwendungsnachweises. Wir versichern, dass für dieses Projekt keine weiteren Gelder bei anderen Institutionen beantragt wurden.

Ort, Datum

1. Vertretungsbefugter

Name, Vorname in Druckbuchstaben

2. Vertretungsbefugter

Name, Vorname in Druckbuchstaben

→

Unterschrift – 1. Vertretungsbefugter

→

Unterschrift – 2. Vertretungsbefugter

Ort, Datum

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 Antragsbearbeitung und eventuellen Abstimmung Ihres Antrags innerhalb der GKV, mit weiteren Fördermittelgebern und/oder mit zuständigen Selbsthilfeorganisationen/Selbsthilfekontaktstellen benötigen wir **zwingend** folgende Einverständniserklärung.

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

- Antragsbearbeitung
- 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 Selbsthilfeeinrichtung 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 Selbsthilfeeinrichtung, betroffenes Krankheitsbild, Name der Selbsthilfeeinrichtung sowie die für die Erreichbarkeit erforderlichen Daten,
- Aufnahme in Adressverteiler für die Weitergabe von Informationen für die Selbsthilfe, Einladungen zu Selbsthilfetagungen und für die Zusendung von kasseninternen Selbsthilfeeinformationen.

Wir willigen in diese o.g. Datenverwendung ein:

Ort, Datum

Unterschrift

2. Nachweis über die Mittelverwendung gemäß § 20h SGB V

(Anlage 1)

Sitz der Selbsthilfeeinrichtung bzw. Bundesland Rheinland-Pfalz Saarland

Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift der Selbsthilfeeinrichtung):

[Redacted area for recipient name and address]

Name/Ansprechpartner/-in bei eventuellen Rückfragen:

Telefon:

[Redacted area for contact name and phone number]

Bewilligungsschreiben

Betrag:

vom:

[Redacted area for date and amount] €

Verwendungszweck (Projekt):

[Redacted area for project purpose]

Der Empfänger der Fördermittel bestätigt, dass

- die Mitteilungspflichten gem. Leitfaden Selbsthilfeförderung erfüllt sind,
- die Fördermittel wirtschaftlich, sparsam und zweckgebunden verwendet wurden,
- die Fördermittel ausschließlich für satzungsgemäße gesundheitsbezogene Selbsthilfeaufgaben der Selbsthilfeeinrichtung verwendet wurden.

Folgende Anlagen sind zusammen mit diesem Verwendungsnachweis vorzulegen:

- Tätigkeitsbericht bzw. kurzer Sachbericht zum Verlauf des Projekts inkl. Zweck- und Zielerreichung
- Zahlenmäßiger Nachweis der Einnahmen und Ausgaben im Rahmen des Projekts inkl. Belegliste (s. Anlage 1a)
- Belegexemplar bei Förderung von Medien/Druckerzeugnissen
- Kopien von Veröffentlichungen (z.B. Presseartikel u. ä.)

Zurück an:

[AOK Rheinland-Pfalz/Saarland]
Die Gesundheitskasse
Referat Gesundheitsförderung
Virchowstraße 30
[67304 Eisenberg]

Ort, Datum



Unterschrift – 1. Vertretungsbefugter



Unterschrift – 2. Vertretungsbefugter

Abgabefrist: unaufgefordert an obige Adresse direkt nach Durchführung des Projektes, spätestens bis 31. Dezember des Förderjahres!

