

Kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung Rheinland-Pfalz

Antragsunterlagen Pauschalförderung

örtliche/regionale Selbsthilfegruppen

Antragsfrist: 28. Februar 2019

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 2019

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 2019

1.4. Angaben zur Selbsthilfegruppe (SHG)

Treffpunkt der Selbsthilfegruppe (mit Anschrift):

[Redacted area for meeting point and address]

Mit welchem Krankheitsbild befasst sich die Selbsthilfegruppe?

[Redacted area for disease picture]

Seit wann besteht die SHG?

[Redacted area for duration]

Ist die SHG offen für neue Mitglieder?

[Redacted area for membership status]

Wie viele Mitglieder hat die SHG?

[Redacted area for number of members]

Wie viele Personen nehmen regelmäßig an den Gruppentreffen teil?

[Redacted area for regular participants]

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

[Redacted area for frequency of meetings]

Ist die SHG Mitglied in einem Landesverband/Bundesverband?

Ja

Nein

Wenn ja, in welchem:

[Redacted area for association name]

Muss die SHG Raummiete/Nebenkosten bezahlen?

Ja

Nein

Wenn ja, an wen:

[Redacted area for landlord]

in welcher Höhe:

[Redacted area for amount]

Anlass der Raumnutzung:

[Redacted area for purpose of use]

Wird die Gruppe angeleitet/moderiert?

Ja

Nein

Wenn ja, von wem?

Betroffene/r

Angehörige/r

Sonstige (z.B. Arzt, Therapeut)

[Redacted area for other moderators]

1. Antrag PAUSCHALFÖRDERUNG für das Förderjahr 2019

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.

Höhe der beantragten Fördermittel

EUR

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 2019

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

Gesamtausgaben lt. Haushaltsplan (Angaben erforderlich gemäß dem „Leitfaden zur Selbsthilfeförderung“)	Haushaltsjahr 2019
Raumkosten/Miete inkl. Betriebskosten	
für Gesprächstreffen	EUR
Geschäftsbedarf	
Büroausstattung/Büromaterial	EUR
Fachliteratur	EUR
Fernmeldegebühren (Telefon/Fax, Internet)	EUR
Porto	EUR
Ersatz/Anschaffung von Mobiliar, technischen Geräten und Ausstellungsbedarf*	
<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
Fahrt-/Reisekosten (Gremiensitzungen) Anlage „Fahrtkostentabelle“ muss eingereicht werden.	EUR
Öffentlichkeitsarbeit	
Regelmäßig erscheinende Medien	EUR
Pflege Homepage/Internet	EUR
Mitgliedsbeiträge für Selbsthilfe-Organisationen	EUR
Ausgaben für geplante Projekte	EUR
Weitere Ausgabenpositionen z. B.:	
	EUR
	EUR
	EUR
Summe der Gesamtausgaben	EUR

*** 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 2019

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

Gesamteinnahmen lt. Haushaltsplan (Angaben erforderlich gemäß dem „Leitfaden zur Selbsthilfeförderung“)	Haushaltsjahr 2019
Eigene Mittel	
Mitgliedsbeiträge	EUR
Entnahme aus Rücklagen* (Bitte Anlage 2 einreichen)	EUR
Einnahmen von Dachverbänden/Landes-/Bundesverband	EUR
Sonstige Einnahmen (Zinsen, Erbschaften, Fördervereine etc.)	EUR
Summe Eigene Mittel	EUR
Fremde Mittel	
Öffentliche Hand (institutionell/pauschal und Projektförderung)	
Landesmittel, Bundesmittel	EUR
Kommunale Mittel	EUR
Zuschüsse der Gesetzlichen Krankenversicherung (nur Projektförderung)	EUR
Zuschüsse sonstiger Sozialversicherungsträger (institutionell/pauschal und Projektförderung)	
Pflegeversicherung	EUR
Rentenversicherung	EUR
Unfallversicherung	EUR
Sonstige Einnahmen	
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
Summe Fremde Mittel	EUR
Summe der Gesamteinnahmen	EUR

Sind außergewöhnliche Veränderungen für das Antragsjahr 2019 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 2019

1.8. Abschließende Erklärung

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

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 bzw. Name der Gruppe

Unterschrift – 1. Vertretungsbefugter

Unterschrift – 2. Vertretungsbefugter

1. Antrag PAUSCHALFÖRDERUNG für das Förderjahr 2019

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 2018“ 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 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 Selbsthilfegruppe, 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

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“ sieht vor, dass alle eigenen Mittel und Einnahmen, die mit dem Förderzweck zusammenhängen, als Deckungsmittel einzusetzen sind. Zu den eigenen Mitteln zählen auch Rücklagen. Darunter sind alle Finanzmittel in Form von Eigenkapital zu verstehen: Bank-, Bar-Kassen-Bestände, Geschäftsanteile, Vermögen usw. Bitte geben Sie mit diesem Formular Ihre Bestände an. Sofern Rücklagen/Eigenkapital bestehen, gemäß Ihren Angaben in dieser Antragstellung jedoch nicht zur Deckung der Ausgaben verwendet werden, ist dies von Ihnen zu begründen (ggf. auf einem gesonderten Blatt). Beachten Sie dazu bitte die Hinweise im Antragsformular Blatt 1.5. sowie auf dem Einnahmenblatt 1.7. die Position „Entnahme aus Rücklagen“ sowie die dazugehörige Fußnote. Vielen Dank.

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

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

Anlage 3

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

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

Geschäftszeichen:

Betrag:

€

Verwendungszweck:

Der Empfänger der Fördermittel bestätigt, dass

- die Mitteilungspflichten gem. Leitfadens 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 2019 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.

1. Vertretungsbefugter

Ort, Datum

Name in Druckbuchstaben

rechtsverbindliche Unterschrift



2. Vertretungsbefugter

Ort, Datum

Name in Druckbuchstaben

rechtsverbindliche Unterschrift



Zurück an:

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

Abgabe bitte unaufgefordert an obige Adresse bis spätestens 31. Dezember 2019!

6. Kontaktadresse für die Antragstellung

(Anlage 5)

Anträge auf Pauschalförderung bitte nur bei folgendem Federführer abgeben:

Federführer im Jahr 2019

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse

Referat Gesundheitsförderung

Virchowstr. 30, 67304 Eisenberg

Telefon 0261 3904-240, Fax 06351 403-721

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

Hoevelstr. 19-23

56073 Koblenz

Telefon 0261 579019-13, Fax 0261 579019-28

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 0234 97838-13588

E-Mail: iris.neuhardt@kbs.de

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse

Klaus Wilms

Virchowstr. 30

67304 Eisenberg

Telefon 06351 403-477, Fax 06351 403-721

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