

Ihre Mittelverwendung für die kassenindividuelle Projektförderung senden Sie bitte **im Original per Post** an:

AOK PLUS - Die Gesundheitskasse  
für Sachsen und Thüringen.  
Müllerstr. 41  
09113 Chemnitz

9113-GF

**Bestätigung über die Mittelverwendung – bis 750 €  
gemäß § 20h SGB V für das Förderjahr 2023**

Die gelb markierten Felder sind vollständig auszufüllen!

<b>EmpfängerIn der Fördermittel:</b>		
[Gelb markiertes Feld]		
[Gelb markiertes Feld]		
<b>AnsprechpartnerIn bei eventuellen Fragen:</b>		<b>Telefon:</b>
[Gelb markiertes Feld]		[Gelb markiertes Feld]
<b>Bewilligungsbescheid vom:</b>	<b>Registriernummer:</b>	<b>Förderbetrag:</b>
[Gelb markiertes Feld]	[Gelb markiertes Feld]	[Gelb markiertes Feld] €
Die Fördermittel wurden mit einem Gesamtbetrag von [Gelb markiertes Feld] € ausschließlich für gesundheitsbezogene Selbsthilfe – gemäß § 20h SGB V verwendet.		
Nicht verbraucht wurden Fördermittel in Höhe von [Gelb markiertes Feld] €		
<b>Uns ist bekannt, dass finanzielle Zuwendungen bei Zweckentfremdung, oder wenn die Gesamtausgaben unter der bewilligten Fördersumme liegen, zurückgefordert werden. Die Originalrechnungen werden von uns als Fördermittelempfänger 6 Jahre zur Einsichtnahme aufbewahrt.</b>		
<b>Nachweis Projektbericht:</b> <input type="checkbox"/> wurde als Anlage beigefügt		
<b>Nachweis über den Hinweis zur Förderung durch die AOK PLUS</b> (z. B. Homepage, Flyer): <input type="checkbox"/> wurde als Anlage beigefügt oder <input type="checkbox"/> ist zu finden unter: .....		
[Gelb markiertes Feld]	[Gelb markiertes Feld]	[Gelb markiertes Feld]
Ort, Datum	1. rechtsverbindliche Unterschrift	
[Gelb markiertes Feld]	[Gelb markiertes Feld]	
Position (z. B. Vorsitzende/r oder Gruppensprecher/in)	Name in Druckbuchstaben	
[Gelb markiertes Feld]	[Gelb markiertes Feld]	
Ort, Datum	2. rechtsverbindliche Unterschrift	
[Gelb markiertes Feld]	[Gelb markiertes Feld]	
Position (z. B. Finanzverantwortliche/r bzw. weitere/r Teilnehmer/in)	Name in Druckbuchstaben	