

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 – über 750 €
gemäß § 20h SGB V für das Förderjahr 2023**

Die gelb markierten Felder sind vollständig auszufüllen!

EmpfängerIn der Fördermittel (Adresse der Selbsthilfe-Einrichtung):		
[Gelb markiertes Feld]		
[Gelb markiertes Feld]		
AnsprechpartnerIn bei eventuellen Fragen:		Telefon:
[Gelb markiertes Feld]		[Gelb markiertes Feld]
Bewilligungsbescheid vom:	Registriernummer:	Förderbetrag:
[Gelb markiertes Feld]	[Gelb markiertes Feld]	[Gelb markiertes Feld] €
Zahlenmäßiger Nachweis/Verwendungszweck: Siehe Anlage 1!		
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] €
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.		
Nachweis Projektbericht: <input type="checkbox"/> wurde als Anlage 2 beigefügt		
Nachweis über den Hinweis zur Förderung durch die AOK PLUS (z. B. Homepage, Flyer):		
<input type="checkbox"/> wurde als Anlage 3 beigefügt oder <input type="checkbox"/> ist zu finden unter:		
[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	

