

Beantragung von Projektfördermittel für das Jahr für Selbsthilfegruppen

gemäß § 20h SGB V

Name der Krankenkasse, bei der Fördermittel beantragt werden

Damit die Krankenkasse/der Krankenkassenverband über eine Förderung entscheiden kann, ist die Mitwirkung des Antragstellers erforderlich. Rechtsgrundlage für die Mitwirkung sind § 60 SGB I „Angabe von Tatsachen“ und § 66 SGB I „Folgen fehlender Mitwirkung“. Verstößt der Antragsteller gegen § 60 SGB I und/oder § 66 SGB I, führt dies zur Ablehnung des Antrags.

Ein Rechtsanspruch auf eine Förderung und auf eine bestimmte Fördersumme besteht nicht.

1. Angaben zum Antragsteller

Name der Selbsthilfegruppe (SHG)

Antragsteller/-in

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Telefon / Mobilnummer

E-Mail

Mitantragsteller/-in

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Telefon / Mobilnummer

E-Mail

Treffpunkt der Selbsthilfegruppe (mit Anschrift)

2. Angaben zur Selbsthilfegruppe (SHG)

| |
|--|
| Mit welchem Krankheitsbild beschäftigt sich die SHG? |
| Wird die SHG von einer professionellen Fachkraft (z.B. Ärzte oder Therapeuten) angeleitet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Ist die SHG offen für neue Teilnehmende? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Hat die SHG ihr Angebot bekannt gegeben? <input type="checkbox"/> ja, über das Selbsthilfegruppenverzeichnis der Selbsthilfekontaktstelle <input type="checkbox"/> ja, über Veröffentlichungen in der Presse <input type="checkbox"/> ja, über Flyer bzw. Handzettel <input type="checkbox"/> ja, (bitte angeben) <input type="checkbox"/> nein, keine Bekanntmachung |
| Seit wann besteht die SHG (Monat/ Jahr)? |
| Wie viele Mitglieder hat die SHG, die regelmäßig an den Treffen teilnehmen? |
| Wie häufig finden Gruppentreffen statt? <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> einmal pro Monat <input type="checkbox"/> zweimal im Monat <input type="checkbox"/> |
| Ist die SHG einer Bundes- und/oder Landesorganisation angegliedert? <input type="checkbox"/> ja (bitte angeben) <input type="checkbox"/> nein |
| Hat die SHG eine eigene Internetseite? <input type="checkbox"/> ja (bitte angeben) www. <input type="checkbox"/> nein |

4. Projektbeschreibung

a) Benennung des Projekts/Vorhabens:

b) Zielsetzung des Projektes:

c) Angesprochene Zielgruppe:

d) Projektumsetzung:

e) Projektbeteiligte und Kooperationspartner:

f) Laufzeit des Projekts:

g) Projektort:

h) Ausführungen zur Weiterführung nach Ende des Projektes (Verstetigung/ Nachhaltigkeit:

5. Finanzielle Darstellung des Projektes

5.1 Projektkosten (Bitte detaillierten Finanzierungsplan beifügen)

| | |
|--|------------|
| Gesamtkosten | EUR |
| abzüglich beantragter Mittel für dieses Vorhaben bei anderen Förderern (siehe 5.2) | EUR |
| abzüglich weiterer Mittel (z.B. Bußgelder, Spenden, Erbschaften) | EUR |
| abzüglich Höhe des Eigenanteils | EUR |
| Summe der beantragten Projektfördermittel | EUR |

5.2. Beantragte Mittel bei anderen Förderern

Grundsätzlich ist ein Projekt nur bei einer Stelle zu beantragen. Wird ein Projekt dennoch bei mehreren Stellen beantragt, sind diese nachfolgend anzugeben.

| | | |
|--------------------------|---|------------|
| <input type="checkbox"/> | Ja, es wurden Mittel für dieses Projekt beantragt und zwar bei: | |
| | | |
| | Krankenkassen/-verbände (bitte benennen) | EUR |
| <input type="checkbox"/> | | EUR |
| <input type="checkbox"/> | | EUR |
| <input type="checkbox"/> | | EUR |
| <input type="checkbox"/> | | EUR |
| <input type="checkbox"/> | | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Rentenversicherungsträger | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Unfallversicherungsträger | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Pflegeversicherungsträger | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Wirtschaftsunternehmen (Pharma-, Medizinproduktehersteller) | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Stiftungen, Lotterien, Aktion Mensch | EUR |
| | Gesamthöhe der beantragten Mittel bei anderen Förderern | EUR |
| | | |
| <input type="checkbox"/> | Nein, es wurden keine Mittel bei anderen Stellen beantragt. | |

Hat die SHG Fördermittel nach den §§ 45d i.V.m. 45c SGB XI (Förderung der Selbsthilfe im Rahmen der Pflegeversicherung) für niederschwellige Betreuungsangebote beim Land oder einer Kommune beantragt?

ja, für welchen Zweck:

nein

6. Hinweise zur Antragstellung

- Nur vollständige Antragsunterlagen gewährleisten eine zeitnahe Prüfung Ihres Förderantrages.
- Die Antragsunterlagen sind im Original mit der Post zu schicken.

Diesem Antrag sind folgende Anlagen beigefügt:

- Bestätigung über die Mittelverwendung aus dem **Vorjahr liegt bei**
- Projektfinanzierungsplan
- Selbstdarstellung der SHG
- ggf. Flyer/ Handzettel

7. Erklärung

Mit den Unterschriften bestätigen die Antragsteller:

- die Beantragung von Fördermitteln gemäß § 20h SGB V,
- die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben in den Antragsunterlagen,
- die Kenntnisnahme der Informationen zum Datenschutz,
- die Kenntnisnahme der Allgemeinen Nebenbestimmungen,
- die Kenntnisnahme der spezifischen Nebenbestimmungen der BKK,
- die Wahrung der Neutralität und Unabhängigkeit im Umgang mit Wirtschaftsunternehmen,
- dass die SHG über eine ordnungsgemäße Buchführung verfügt,
- dass die SHG keine gleichlautende Beantragung von Fördermitteln für in diesem Antrag begründete Ausgaben im Rahmen der Pauschalförderung vorgenommen haben.

Der Antragsteller verpflichtet sich, die finanziellen Zuschüsse zweckgebunden gemäß § 20h SGB V zu verwenden. Auf Anforderung des Fördermittelgebers wird der Antragsteller 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.

8. Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt

Für die Antragstellung sind die Unterschriften **im Original** von **zwei** legitimierten Vertretern der Selbsthilfegruppe notwendig.

| | | |
|------------|---|--------------|
| Ort, Datum | Bitte in Druckbuchstaben: Name Unterzeichner/-in | Unterschrift |
| Ort, Datum | Bitte in Druckbuchstaben: Name Unterzeichner/-in | Unterschrift |

(Muster-)Projektfinanzierungsplan

| Kalkulierte Ausgaben | Einzelpreis | Gesamtkosten |
|--|-------------|--------------|
| Raumkosten | | EUR |
| Referentenhonorar (Empfänger bitte benennen) | EUR | EUR |
| | EUR | EUR |
| | EUR | EUR |
| Anzahl Teilnehmer | | |
| Tagungspauschale pro Teilnehmer | EUR | EUR |
| Übernachtung pro Teilnehmer | EUR | EUR |
| Verpflegung pro Teilnehmer | EUR | EUR |
| Teilnahmegebühr pro Teilnehmer | EUR | EUR |
| Fahrtkosten | | EUR |
| Bürokosten | | EUR |
| Weitere Sachkosten (bitte einzeln benennen) | | EUR |
| | | EUR |
| | | EUR |
| Kalkulierte Gesamtkosten | | EUR |
| | | |
| Kalkulierte Einnahmen | | |
| Anzahl Teilnehmer | | |
| Teilnahmegebühren pro Teilnehmer | EUR | EUR |
| Beantragte Mittel bei anderen Förderern | | EUR |
| | | EUR |
| | | EUR |
| weiterer Mittel (z.B. Bußgelder, Spenden, Erbschaften) | | EUR |
| | | EUR |
| | | EUR |
| Eigenanteil | | EUR |
| Kalkulierte Gesamteinnahmen | | EUR |