



Kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung

nach § 20c SGB V

Antragsunterlagen für die Förderung

der örtlichen/regionalen Selbsthilfegruppen

Ende der Antragsfrist: 31. Januar des Antragsjahres

Damit die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände über eine Förderung entscheiden können, ist Ihre Mitwirkung gesetzlich vorgeschrieben (vgl. § 60 SGB I). Die folgenden Angaben werden für die ordnungsgemäße Bearbeitung Ihres Antrages auf Förderung nach § 20c SGB V benötigt (vgl. Antragsunterlagen). Eine fehlende Mitwirkung kann zur Ablehnung Ihres Antrages führen.

Zu den Antragsunterlagen gehören die nachstehenden Anlagen:

- Anlage 1: Antragsformular für die Pauschalförderung, einschl. Strukturdaten
- Anlage 2: Datenverwendungserklärung
- Anlage 3: Aufstellung des Förderbedarfs
- Anlage 4: Verwendungsnachweis
- Anlage 5: Kontaktadresse für die Antragstellung

**Antragsvordruck für die örtlichen/regionalen Selbsthilfegruppen zur
Beantragung pauschaler Fördermittel gemäß § 20c SGB V
für das Förderjahr _____**

(1) Angaben zum Antragsteller:

ggf. Nummer der Selbsthilfegruppe:

Name der Selbsthilfegruppe:

Anschrift:

Telefon:

Fax:

Email:

Internet:

Kontaktadresse der Selbsthilfegruppe für den Schriftverkehr

Name:

Straße:

PLZ und Ort:

AnsprechpartnerIn bei eventuellen Rückfragen zum Antrag

Name:

Telefon / Email

Treffpunkt der Selbsthilfegruppe (mit Anschrift und Telefonnummer, wenn abweichend zu o.a. Angaben):

(2) Angaben zur Selbsthilfegruppe (SHG):

Mit welchem Krankheitsbild befasst sich die SHG?

[Redacted area]

Seit wann besteht die SHG?

[Redacted area]

Wie viele Mitglieder hat die SHG?

[Redacted area]

Wie häufig finden Gesprächsgruppen zum krankheitsbezogenen Austausch statt?

[Redacted area]

Wie viele Personen nehmen regelmäßig an den Gruppentreffen teil?

[Redacted area]

Ist die SHG offen für neue Mitglieder?

[Redacted area]

Ist die SHG Mitglied in einem Landes-/Bundesverband? Ja Nein

Wenn ja, in welchem:

[Redacted area]

Muss die SHG Raummiete bezahlen? Ja Nein

Wenn ja, an wen und in welcher Höhe?

[Redacted area]

Wird die Gruppe angeleitet/moderiert? Ja Nein

Wenn ja, von wem?

Betroffene/r Angehörige/r Sonstige (z.B. Arzt, Therapeut)

[Redacted area]

(3) Angaben zur beantragten pauschalen Förderung:

Bitte beschreiben Sie, wofür der pauschale Zuschuss verwendet werden soll:

[Redacted area]

[Redacted area]

[Redacted area]

[Redacted area]

**Es wird hiermit eine pauschale Förderung beantragt in Höhe von:
Ab einer Antragssumme von 400,- Euro bitte Anlage 3 ausfüllen.**

[Redacted area] €

Weitere Anträge für dieses Förderjahr wurden gestellt bei:

Öffentliche Hand (z.B. Land, Kommunen)

Unfallversicherung

Rentenversicherung

Private Krankenversicherung

Landesverband (bei Mitgliedschaft)

Wirtschaftsunternehmen

Weitere:

[Redacted area]

Es wurde bei keiner der vorgenannten Institutionen ein Antrag gestellt.

Es wurden Fördermittel nach SGB XI beantragt.

(4) Bankverbindung:

- Unsere Selbsthilfegruppe verfügt über ein eigenes Konto, das für die Gruppe als Gesellschaft Bürgerlichen Rechts eingerichtet wurde.
(Bitte unterzeichnen Sie die Erklärung *1)

- Für unsere verbandlich organisierte Selbsthilfegruppe besteht ein Unterkonto des Gesamtvereins.
(Bitte unterzeichnen Sie die Abtretungserklärung *2)

- Unsere nicht verbandlich organisierte Selbsthilfegruppe verfügt über ein Unterkonto eines privaten Girokontos/Sparkonto/von einem Treuhänder eingerichtetes Konto.
(Bitte unterzeichnen Sie die Erklärung *1)
In diesem Fall ist der Antrag von einer zweiten Person zu unterzeichnen.

Die Förderung soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

Kontoinhaber:

Anschrift:

Kreditinstitut:

Bankleitzahl:

Kontonummer:

***1)** Sofern Ihre Selbsthilfegruppe über ein eigenes Konto verfügt bzw. ein Unterkonto eines privaten Girokontos/Sparkonto/Treuhandkonto eingerichtet wurde, bitten wir Sie, die nachstehende Erklärung zu unterschreiben.

Erklärung

Hiermit erkläre ich, als Kontoverfügberechtigter/r, dass sichergestellt wird, dass die Fördermittel ausschließlich für Zwecke der Gruppe unter Berücksichtigung der Förderrichtlinien verwendet werden. Ich bin verantwortlich für die ordnungsgemäße Verwendung des Geldes, sowie für die Ausstellung eines entsprechenden Verwendungsnachweises (ggf. in Zusammenarbeit mit dem Gruppenleiter).

Name, Vorname

Datum, Unterschrift

***2)** Sofern Ihre Selbsthilfegruppe über kein eigenes Konto verfügt, können Zuschüsse auch auf das Konto Ihres Landesverbandes gezahlt werden. In diesem Fall bitten wir Sie, die nachstehende Abtretungserklärung zu unterschreiben.

Abtretungserklärung für verbandlich organisierte Selbsthilfegruppen mit Unterkonto des Gesamtvereins

Hiermit erkläre ich mich stellvertretend für die Selbsthilfegruppe damit einverstanden, dass der bewilligte Zuschuss der Krankenkassen/-verbände zur Selbsthilfeförderung nach § 20c SGB V dem

Name des Landesverbandes

überwiesen und von diesem ohne jeglichen Abzug in einer Summe an die Selbsthilfegruppe zur Verfügung gestellt wird. Ich erkläre hiermit, dass die Fördermittel ausschließlich für Zwecke der Gruppe unter Berücksichtigung der Förderrichtlinien sowie der gemeinnützigkeitsrechtlichen Regelungen und der satzungsmäßigen Ziele des Gesamtvereins verwendet werden.

Datum, Unterschrift

Mit der nachfolgenden Unterschrift bestätigt die Selbsthilfegruppe, dass sie parteipolitisch und weltanschaulich neutral ist und keine kommerziellen Interessen verfolgt. Die Interessenwahrnehmung und -vertretung erfolgt durch Betroffene. Die Selbsthilfegruppe ist zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit den Krankenkassen/ -verbänden bereit. Sie gewährleistet die ordnungsgemäße Durchführung der geförderten Maßnahmen, beachtet die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und erklärt sich bereit, die Verwendungsnachweise der bewilligten Mittel einzureichen.

Ein Rechtsanspruch auf eine bestimmte Fördersumme besteht nicht. Die Höhe der Förderung ist abhängig von der im Förderjahr vorhandenen Gesamtfördersumme und der Anzahl und dem Förderbedarf aller anderen Antragsteller (SHG).

Wir verpflichten uns, die Zuschüsse zweckgebunden - gemäß § 20c SGB V - zu verwenden.

[Redacted area]

Ort, Datum

[Redacted area]

Unterschrift (und ggf. Stempel)

[Redacted area]

Ggf. zweite Unterschrift

Hinweis

Die zweite Unterschrift ist nur erforderlich, wenn für die Gruppe ein Unterkonto eines privaten Girokontos/ Sparkonto/Treuhandkonto eingerichtet wurde.

Diesem Antrag sind beigelegt:

- Selbstdarstellung der SHG
- ggf. Presseartikel
- ggf. Flyer/Handzettel
- Sonstiges
- Wir verfügen über keine Materialien.

Datenverwendungserklärung

Noch eine Bitte in eigener Sache:

Wichtige Voraussetzung zur besseren Umsetzung der Selbsthilfeförderung nach § 20c SGB V ist eine größere 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 Bearbeitung Ihres Antrags innerhalb der GKV benötigen wir folgende Einverständniserklärung:

Wir willigen ein, dass die Angaben aus dem Antrag für folgenden Zweck verwendet werden dürfen:

- 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.

Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit einer erweiterten Datenverwendung zuzustimmen. Diese nachfolgende Einverständniserklärung zur weiter gehenden Datenverwendung ist freiwillig und unabhängig von der Bearbeitung Ihres Antrages auf Fördermittel. Ein Widerruf ist jederzeit möglich.

Wenn Sie mit einer weitergehenden Verwendung der entsprechenden Informationen einverstanden sind, bitte wir Sie, uns nachfolgend Ihr entsprechendes Einverständnis zu erklären.

- Dokumentation des Fördergeschehens für interne Zwecke der jeweiligen Krankenkassen und ihrer Verbände,
- Information und Beratung der Versicherten und der interessierten Öffentlichkeit über Art der Organisation, betroffenes Krankheitsbild, Name der Organisation, sowie die für die Erreichbarkeit der Organisation erforderlichen Daten.

Wir willigen in diese o.g. Datenverwendung ein:

Datum

Unterschrift

**Aufstellung des Förderbedarfs zum Antrag auf
kassenartenübergreifende Förderung örtlicher Selbsthilfegruppen
gemäß § 20c SGB V für das Jahr _____**

Gruppe: _____
Ansprechpartner/in _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____
Tel.: _____

Aufschlüsselung der beantragten Förderung

- | | | |
|--|-------|------|
| 1. Regelmäßige Gruppentreffen | | |
| Raummiete für die Gesprächstreffen | _____ | Euro |
| Sonstiges: | _____ | Euro |
| _____ | _____ | Euro |
| 2. Verwaltungskosten | | |
| Büromaterial | _____ | Euro |
| Porto | _____ | Euro |
| Telefon/Fax/Internet | _____ | Euro |
| Fachliteratur (Faltblätter, Plakate, Kopien o. Ä.) | _____ | Euro |
| 3. Fortbildungen/Schulungen für Funktionsträger der Gruppe | | |
| (auf die Befähigung zur Vereins-/Gruppenarbeit und auf administrative Tätigkeiten ausgerichtet, z. B. PC-Schulungen, Weiterbildungen zum Vereinsrecht) | | |
| Fortbildungs- und Schulungskosten | _____ | Euro |
| Sonstige: | _____ | Euro |
| 4. Sonstiges (bitte einzeln auflühren) | | |
| _____ | _____ | Euro |
| _____ | _____ | Euro |
| _____ | _____ | Euro |
| Gesamtsumme: | _____ | Euro |

Datum, Ort

Unterschrift des Ansprechpartners/ der Ansprechpartnerin

Kontaktadresse für die Antragstellung

Die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung im Saarland wird durch folgende Krankenkasse gewährleistet:

IKK Südwest

Frau Sabrina Michler
Hafenstr. 16 a
66111 Saarbrücken
Tel.: 06 81/ 9 36 96-3040
Fax: 06 81/ 9 36 96-3014
E-Mail: sabrina.michler@ikk-sw.de

Auskunft und Beratung im Rahmen der kassenübergreifenden Gemeinschaftsförderung im Saarland erteilen auch:

AOK - Die Gesundheitskasse im Saarland

Frau Eva-Maria Elberskirch
Halbergstr. 1
66121 Saarbrücken
Tel.: 06 81/ 60 01-413
Fax: 06 81/ 60 01-440
Email: eva.elberskirch@sl.aok.de

BKK Landesverband Mitte

Herr Robert Miedreich
Essenheimer Str. 126
55128 Mainz-Bretzenheim
Tel.: 0 61 31/ 33 05 39
Fax: 0 61 31/ 33 05 71
E-Mail: robert.miedreich@bkkmitte.de

vdek Landesvertretung Saarland

Herr Axel Mittelbach
Talstr. 30
66119 Saarbrücken
Tel.: 06 81/ 92 671-17
Fax: 06 81/ 92 671-19
E-Mail: axel.mittelbach@vdek.com

Knappschaft

Regionaldirektion Saarbrücken

Frau Iris Neuhardt
St. Johanner Str. 46-48, 66111 Saarbrücken
Tel.: 0 68 1/ 40 02-13 14
Fax: 0 68 1/ 40 02-12 97
E-Mail: iris.neuhardt@kbs.de

Landwirtschaftliche Krankenkasse Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland

Herr Klaus Münzel
Heinestr. 2-4, 66121 Saarbrücken
Tel.: 06 81/ 66 500-44 63
Fax: 06 81/ 66 500-44 58
E-Mail: klaus.muenzel@hrs.lsv.de

KISS – Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe im Saarland

Frau Petra Otto und Beate Ufer
Futterstr. 27, 66111 Saarbrücken
Tel.: 06 81/ 96 02 13-0
Fax: 06 81/ 96 02 13-29
E-Mail: kontakt@selbsthilfe-saar.de