

KASSENARTENÜBERGREIFENDE
PAUSCHALFÖRDERUNG RHEINLAND-PFALZ

VOLLANTRAG 2024

ANTRAGSFRIST
29. FEBRUAR 2024

ÖRTLICHE/REGIONALE SELBSTHILFE GRUPPEN

Informationen zum Förderverfahren und zur Förderfähigkeit, z.B. den Leitfaden zur Selbsthilfeförderung und Merkblätter zur Pauschalförderung, können Sie ganzjährig über die Selbsthilfe-Homepage der Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfeunterstützung in Rheinland-Pfalz, kurz LAG KISS RLP, abrufen: www.selbsthilfe-rlp.de

Damit die gesetzlichen Krankenkassen über eine Förderung nach § 20h SGB V 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. Ein Rechtsanspruch auf Pauschalförderung und auf eine bestimmte Fördersumme besteht nicht.

Reichen Sie deshalb den Antrag **fristgerecht, vollständig ausgefüllt und unterschrieben im Original ein** (s. Seiten 9 u. 11). Für Anlagenblätter gilt: Anlagen 1 und 2 sind zwingend erforderlich. Anlagen 3-6 sind nur erforderlich, wenn Sie entsprechende Aufwendungen geltend machen. Anlagen 7-8 sind für Ihre Unterlagen bestimmt.

Änderungen im Antragsvordruck durch den Antragsteller sind nicht zulässig.

1. ANTRAG PAUSCHALFÖRDERUNG FÜR DAS FÖRDERJAHR 2024

1.1 Kontaktdaten

Name der antragstellenden Selbsthilfegruppe

Anschrift für den Schriftverkehr (Adresse der Kontaktperson unter 1.3)

Telefon

E-Mail

Fax

Webseite

1.2 Bankverbindung

Kontoinhaber/-in

Kreditinstitut

IBAN

1.3 Ansprechpartner/-in für Rückfragen

Name

Telefon

E-Mail

Fax

1.4 Angaben zur Selbsthilfegruppe (SHG)

Treffpunkt der Selbsthilfegruppe (mit Anschrift)

Mit welchem Krankheitsbild befasst sich die Selbsthilfegruppe?

Gründungsdatum

Mitgliederanzahl

Anzahl der regelmäßigen
Teilnehmer/-innen

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

Ist die Gruppe offen für neue Mitglieder?

ja

nein

Ist die Gruppe bundeslandübergreifend tätig?

ja

nein

Wenn ja, wo ist der Sitz der Gruppe?

Krankheitsbezogene Selbsthilfe der Gruppe findet in diesen Bundesländern statt

Ist die SHG Mitglied in einem Landes-/ Bundes-/Fachverband
oder einer Dachorganisation?

ja

nein

Wenn ja, in welchen?

Muss die SHG Raummiete und/oder Nebenkosten bezahlen?

ja

nein

Wenn ja, an wen?

€

Höhe der Miete/Nebenkosten

Anlass der Raumnutzung

Wird die Gruppe ehrenamtlich geleitet?

ja nein

Wird die Gruppe durch Betroffene und/oder Angehörige geleitet?

ja nein

Wird die Gruppe professionell geleitet (von einer professionellen Fachkraft angeleitet)?

ja nein

Wenn ja, erfolgt die Leitung im Rahmen einer beruflichen Tätigkeit?

ja nein

Die Gruppe steht ausschließlich unter professioneller Leitung und wird nicht ehrenamtlich geführt.

ja nein

Erläuterungen

Wurde oder wird für das aktuelle Kalenderjahr ein Antrag auf Selbsthilfeförderung betreffend Pflegebedürftige/Pflegende Angehörige nach SGB XI gestellt?

ja nein

Hat die Gruppe Fördergelder nach SGB XI erhalten?

ja nein

€

Wenn ja, in der Höhe von

für das Jahr

Insofern über den Antrag nach SGB XI später entschieden wird, werden wir die GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe unverzüglich entsprechend informieren.

1.5. Planung der gesamten Ausgaben 2024

A | Raumkosten/Miete/Nebenkosten *Bitte beachten Sie das Merkblatt Nr. 2*

für Gesprächstreffen *gemäß Angaben auf Seite 3* €

B | Geschäftsbedarf

Büromaterial einschließlich Druckerpatronen *(keine Anschaffungen)* €

Fachliteratur *einschließlich DVDs und Ähnlichem* €

Fernmeldegebühren *Telefon, Fax, Internet* €

Porto €

Bankgebühren, Kosten des Geldverkehrs €

C IT-EDV Bedarf

für Verwaltung, Videokonferenzen, Internet, Social Media (ohne Anschaffungen). Bitte beachten Sie das Merkblatt Nr. 11

Software, Lizenzen €

Regelmäßige Wartungen, technische Anpassungen, Updates, Upgrades €

Umsetzung von Datenschutzbestimmungen, Barrierefreiheit *bitte Erläuterung beifügen* €

D | Anschaffungen und Wiederbeschaffungen

Bitte beachten Sie die Rahmenbedingungen im Antragsformular auf Seite 8 und das Merkblatt Nr. 3a.

<input type="checkbox"/> PC/Laptop	<input type="checkbox"/> Messebedarf _____	
<input type="checkbox"/> Drucker/Multifunktionsgerät	<input type="checkbox"/> Mobiliar _____	€
<input type="checkbox"/> Beamer	<input type="checkbox"/> Webcam/Headset	
<input type="checkbox"/> Sonstiges _____		

E | Gebühren für Steuerberatung und Wirtschaftsprüfung *Bitte beachten Sie das Merkblatt Nr. 12*

Steuerberatung, betreffend _____	€	€
Wirtschaftsprüfung, betreffend _____	€	

F | Rechtsberatung *Bitte beachten Sie das Merkblatt Nr. 12*

<input type="checkbox"/> Eintragung Vereinsregister	<input type="checkbox"/> Satzungsänderungen	<input type="checkbox"/> Vereinsauflösung	
<input type="checkbox"/> Fusion des Vereins	<input type="checkbox"/> Klärung von Datenschutzerfordernungen		€
<input type="checkbox"/> Sonstiges _____	in Höhe von _____		€

G | Versicherungen *Bitte beachten Sie das Merkblatt Nr. 13*

<input type="checkbox"/> Haftpflichtversicherung für Ehrenamtliche	<input type="checkbox"/> Veranstalterhaftpflicht	
<input type="checkbox"/> Mietsachschädenversicherung	<input type="checkbox"/> Inventarversicherung	€
<input type="checkbox"/> Elektronikversicherung		

ÜBERTRAG €

1.5. Planung der gesamten Ausgaben 2024

ÜBERTRAG		€
H Öffentlichkeitsarbeit <i>Bitte beachten Sie das Merkblatt Nr. 4</i>		
Regelmäßige Mitgliederzeitschriften, Newsletter, Flyer		€
Regelmäßige Internet- und Social-Media-Auftritte (ohne: Betriebskosten, Updates, Anschaffungen) <i>Bitte Erläuterung beifügen</i>		€
Regelmäßige Videos/Podcasts (ohne: Betriebskosten, Updates, Anschaffungen) <i>Bitte Erläuterung beifügen</i>		€
I Supervision für Mitglieder/Gruppenleitung <i>Bitte beachten Sie das Merkblatt Nr. 14</i>		
Anbieter/Institut _____ Datum _____		
<input type="checkbox"/> Kosten für eine Maßnahme _____ €		€
<input type="checkbox"/> Sonstige _____ in Höhe von _____ €		
J Teilnahme an Seminaren, Fort- und Weiterbildungen, Schulungen, Suchtkrankenhelferausbildung. <i>Bitte beachten Sie das Merkblatt Nr. 15</i> Anlage 3		
K Teilnahme an Maßnahmen. <i>Bitte beachten Sie die Merkblätter Nr. 6 bis 8</i>		
<input type="checkbox"/> Anlage 4 A (Versammlungen, überregionale Gremien) _____ €		
<input type="checkbox"/> Anlage 4 B (Selbsthilfetage) _____ €		€
<input type="checkbox"/> Anlage 4 C (Tagungs-, Kongress-, Messebesuche) _____ €		
L Durchführung eigener Veranstaltungen/Aktivitäten/Angebote <i>Bitte beachten Sie die Merkblätter Nr. 6, 10 und 16</i>		
<input type="checkbox"/> Anlage 5 A (Selbsthilfevorträge) _____ €		
<input type="checkbox"/> Anlage 5 B (Regelmäßige Selbsthilfeaktivitäten) _____ €		€
M Organisierter Klinikbesuchsdienst <i>Bitte beachten Sie das Merkblatt Nr. 9</i> Anlage 6		
N Sonstige Fahrtkosten für Gruppenbelange <i>Bitte beachten Sie das Merkblatt Nr. 9</i>		
<input type="checkbox"/> Förderfähige Fahrtkosten für _____		€
O Mitgliedsbeiträge		
P Ausgaben für geplante Projekte, die anderweitig finanziert werden <i>(Keine der oben aufgeführten Vorhaben)</i>		
Projektname	Förderer	Ausgaben pro Projekt
		€
		€
		€
Q Weitere Ausgaben der Gesamtplanung <i>Auch „nicht förderfähige Aufwendungen“</i>		
		€
SUMME DER GEPLANTEN GESAMTAUSGABEN 2024		
		€

1.6 Planung der gesamten Einnahmen 2024

Eigene Mittel			
Mitgliedsbeiträge			€
Entnahme aus Rücklagen* <i>(Anlage 2 ist einzureichen, auch wenn Fehlanzeige)</i>			€
Einnahmen von Dachverbänden/Landes-/Bundesverband			€
Sonstige Einnahmen (Zinsen, Erbschaften, Fördervereine etc.)			€
SUMME DER EIGENEN MITTEL			€
Fremde Mittel			
Öffentliche Hand <i>(institutionell/pauschal und/oder projektbezogen)</i>			
Landesmittel, Bundesmittel			€
Kommunale Mittel			€
Projektförderung der Gesetzlichen Krankenversicherung			
Projektname	Krankenkasse/n	beantragt/erhalten	
		€	
		€	€
		€	
Zuschüsse sonstiger Sozialversicherungsträger <i>(institutionell/pauschal und/oder projektbezogen)</i>			
Pflegeversicherung			€
Rentenversicherung			€
Unfallversicherung			€
Sonstige Einnahmen			
Sponsoring <i>(z. B. Pharmaunternehmen, Hersteller von Medizinprodukten)</i>			€
Erhaltene Leistungen Dritter <i>(geldwerte Dienstleistungen)</i>			€
Spenden/Zuwendungen von Stiftungen			€
Weitere Einnahmen <i>(z. B. Aktion Mensch/Lotterien/Bußgelder)</i>			€
SUMME DER FREMDEN MITTEL			€
SUMME DER GEPLANTEN GESAMTEINNAHMEN 2024			€

Sind außergewöhnliche Veränderungen für das Antragsjahr 2024 zu erwarten, z. B. Einnahmen (Erbschaften o. a.), Einnahmeausfälle oder außerordentliche besondere Ausgaben?

ja

nein

Wenn ja, bitte erläutern

* Sofern Rücklagen/finanzielle Reserven bestehen und diese hier nicht (nicht anteilig) als Eigenmittel ausgewiesen werden, ist dieses auf der nächsten Seite zu begründen.

1.7. Höhe der beantragten Fördermittel

Bitte tragen Sie hier ein, in welcher Höhe Sie Fördermittel beantragen. Setzen Sie die Antragshöhe unter Berücksichtigung aller eigenen Mittel und Einnahmen fest, die mit dem Förderzweck zusammenhängen (insbesondere Zuwendungen, Leistungen Dritter, Einnahmen aus Sponsoring etc.).

Höhe der beantragten Fördermittel

€

Sofern Rücklagen/finanzielle Reserven bestehen und diese im Antrag nicht zur Deckung der Ausgaben ausgewiesen werden, ist dies hier zu begründen:

Die Aufwendungen dürfen nicht mehrfach beantragt werden, z. B. in der Pauschal- und der Projektförderung. Eine Doppelförderung muss vermieden werden. Mit Abgabe dieses Antrags wird bestätigt, dass dieser Grundsatz von Antragstellenden eingehalten wird.

1.8. Rahmenbedingungen für die Förderung von Anschaffungen

Mit diesem Antrag können ausschließlich Anschaffungs- oder Wiederbeschaffungskosten geltend gemacht werden, welche nicht durch andere Zuschüsse/Spenden/Projektförderung/ Zuwendungen abgedeckt sind.

Der Höchstförderbetrag bei Anschaffungen beträgt pro Jahr max. 1.800 € pro Selbsthilfegruppe für den Erwerb mehrerer Produkte (zweckmäßig und angemessen).

Die Anschaffungen sind bargeldlos zu tätigen. Die Anerkennung von Gebraucht-/Privatkäufen und von Barzahlungsbelegen ist nicht möglich. Die Ausgaben sind unaufgefordert mit dem Mittelverwendungsnachweis durch eine Kopie der Rechnung (ausgestellt auf Ihre Selbsthilfegruppe) und einer Kopie des entsprechenden Kontoauszuges (Belastung auf dem Gruppenkonto) zu belegen.

1.9 Abschließende Erklärung

Der/die Antragstellende erklärt, dass ...

- die Angaben im Antrag richtig und vollständig sind,
- er/sie über eine ordnungsgemäße Geschäfts- und Buchführung und eine entsprechende Verwaltung verfügt,
- die Grundsätze zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit eingehalten werden,
- die im aktuellen GKV-Leitfaden (A.5.3 a und b) genannten Fördervoraussetzungen zur Kontoführung eingehalten werden,
- die Bestimmungen der Datenschutzgesetze und der EU-Datenschutz-Grundverordnung beachtet werden,
- für digitale Angebote und Anwendungen die geltenden Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit gewährleistet werden (gemäß Selbsthilfe-Leitfaden A.5.1 – A.5.4).

Der/die Antragstellende nimmt zur Kenntnis, dass bei einem positiven Bescheid kein Anspruch auf Förderung in gleicher Höhe in den folgenden Haushaltsjahren besteht.

Der/die Antragstellende wird auf Anforderung des Fördermittelgebers ggf. weitere Unterlagen und Nachweise, die für die Beurteilung des Antrags notwendig sind, zur Verfügung stellen. Er/sie nimmt zur Kenntnis, dass der Fördermittelgeber bei vorsätzlich falschen oder grob fahrlässigen Angaben berechtigt ist, die Fördermittel ganz oder teilweise zurückzufordern.

1. Vertretungsbefugte/-r *

Ort, Datum

(Vor- und Nachname in Druckbuchstaben)

2. Vertretungsbefugte/-r *

Ort, Datum

(Vor- und Nachname in Druckbuchstaben)

Stempel der
Selbsthilfegruppe



1. Vertretungsbefugte/-r – Unterschrift



2. Vertretungsbefugte/-r – Unterschrift

* **Der Antrag muss von zwei Vertretungsbefugten unterschrieben werden.**
Ansonsten kann dieser nicht abschließend bearbeitet werden.

1.10 Anlagen

Erstantrag (Erstmalige Beantragung von Pauschalfördermitteln bei der GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe Rheinland-Pfalz)

Folgende Anlagen sind diesem Antrag beigelegt (bitte ankreuzen):

Datenverwendungserklärung (Anlage 1) zwingend erforderlich	<input type="checkbox"/>
Nachweis über Rücklagen/Finanzmittel (Anlage 2) zwingend erforderlich Siehe gesonderte Erklärung <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anlagenblätter 3 bis 6 nur erforderlich, wenn entsprechende Ausgaben geltend gemacht werden	<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"/>
Selbstdarstellung z. B. Flyer/Flugblatt, Programm, Ausdruck/Auszug von Homepage, Pressebericht o. ä	<input type="checkbox"/>
Nachweis über die öffentliche regelmäßige Bekanntgabe des Angebotes	<input type="checkbox"/>

Folgeantrag

Folgende Anlagen sind diesem Antrag beigelegt (bitte ankreuzen):

Datenverwendungserklärung (Anlage 1) zwingend erforderlich	<input type="checkbox"/>
Verwendungsnachweis des Vorjahres <input type="checkbox"/> für 2023 bereits abgegeben <input type="checkbox"/>	
Nachweis über Rücklagen/Finanzmittel (Anlage 2) zwingend erforderlich Siehe gesonderte Erklärung <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anlagenblätter 3 bis 6 nur erforderlich, wenn entsprechende Ausgaben geltend gemacht werden	<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"/>
	<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 ist die folgende Einverständniserklärung **zwingend erforderlich**.

Einwilligung

Die Angaben aus dem Antrag dürfen für folgende Zwecke verwendet werden:

- 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 Selbsthilfeeinrichtung, 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 Selbsthilfeinformationen.

Ort, Datum



Unterschrift eines/einer Vertretungsbefugten

3. NACHWEIS DER RÜCKLAGEN/FINANZMITTEL

ANLAGE 2

Name und Anschrift der Selbsthilfegruppe

Ansprechpartner/-in

Telefon

E-Mail

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 (ggf. auf einem gesonderten Blatt) zu begründen.

Beachten Sie dazu bitte die Hinweise im Antragsformular bei der Position 1.6. (Einnahmenblatt) „Entnahme aus Rücklagen“ und die dazugehörige Fußnote sowie bei der Position 1.7. Vielen Dank.

Der Gesamtbestand der Finanzmittel beträgt

zum

bzw. 31.12.2023

€

Zweckgebundene Rücklagen

Rücklagen, die (dem steuerbegünstigten) satzungsgemäßen Zweck dienen

Verwendung für _____ nein ja →

€

Rücklagen für die Pflege des Vereinsvermögens

Verwendung für _____ nein ja →

€

Betriebsmittelrücklagen für

_____ nein ja →

€

Sonstiges

a) Rücklagen/eigene Finanzmittel, z.B. Eigenmittel, zweckgebundene Spenden

Verwendung für _____ nein ja →

€

b) Rückstellungen, z.B. von Projektfördermitteln

Bitte benennen _____

Verwendung für _____ nein ja →

€

Nicht zweckgebundene Rücklagen

(Freie Rücklagen/Finanzmittel)

nein ja →

€

Rücklagen aus Zweckbetrieb

nein ja →

€

GESAMT

€

Falls eine Differenz ausgegeben wird, begründen Sie dies bitte gesondert.

**TEILNAHME AN SEMINAREN, FORT-/WEITERBILDUNGEN,
SCHULUNGEN UND/ODER AN EINER „AUSBILDUNG ZUM
SUCHTKRANKENHELPER/ZUR SUCHTKRANKENHELFERIN“**

ANLAGE 3

Hinweise

Nehmen Ihre Gruppenmitglieder an dieser Maßnahme teil? Dann ist dies die richtige Anlage. Vorausgesetzt wird, dass die Qualifizierungsmaßnahmen für ehrenamtliche Mitglieder stattfindet. Eine Bezuschussung im angemessenen Rahmen kann erfolgen,

- wenn die Maßnahme abzielt auf die Befähigung zur eigenen Organisations- und Verbandsarbeit (z.B. Gruppenleitung)
- und/oder administrative Tätigkeiten (Gruppenverwaltung, Kassenführung usw.) betrifft
- und ehrenamtlich und selbsthilfebezogen ist.

Die Aufwendungen dürfen nicht mehrfach beantragt werden, z. B. gleichzeitig in der Projekt- und der Pauschalförderung.

Bitte beachten Sie im eigenen Interesse die in Rheinland-Pfalz geltenden Förderstandards (sogenannte Deckelungen und Pauschalisierungen). Für die o.a. Maßnahmen sind diese im Merkblatt zur Pauschalförderung Nr. 15 beschrieben. Sie können die Informationen ganzjährig über folgende Homepage abrufen: www.selbsthilfe-rlp.de

Wenn Sie mehrere Maßnahmen beantragen möchten, können Sie das Formular vervielfältigen. In diesem Fall bitte alle ausgestellten Anlagenblätter durchnummerieren. Die Ausgabensummen aller **Anlagen 3** bitte aufaddieren und in die Antragsseite „Gesamtausgaben“ auf Seite 6 übertragen.

Titel/Bezeichnung der Maßnahme

Veranstaltungsort

Beginn und Ende der Maßnahme

Anzahl der Teilnehmer/-innen

Veranstalter/Träger der Maßnahme

Kurze Beschreibung der Maßnahme

Zielsetzung: Was soll mit dem Vorhaben erreicht werden?

Sonstige Anmerkungen und Erläuterungen

AUSGABEN FÜR DIESE MAßNAHME

	€
	€
	€
	€
	€
GESAMTAUSGABEN (Bitte in das Ausgabenblatt des Antrags Position J auf S. 6 übertragen)	€

EINNAHMEN FÜR DIESE MAßNAHME (ohne GKV-Pauschalförderung)

(z.B. Teilnehmenden-Kostenbeiträge / Eigenanteil, Verwendung von Spenden, Eigenmitteln der Gruppe, Zuschüssen)

	€
	€
	€
	€
	€
	€
	€
	€
	€
	€
EINNAHMENBETRÄGE (Bitte in das Gesamteinnahmenblatt auf Seite 7 übertragen)	€

TEILNAHME AN DELEGIERTEN-/MITGLIEDERVERSAMMLUNGEN UND AN ÜBERREGIONALEN GREMIENSITZUNGEN

ANLAGE 4 A

Hinweise

Nehmen Ihre Gruppenmitglieder an dieser Maßnahme teil? Dann ist dies die richtige Anlage. Die Aufwendungen dürfen nicht mehrfach beantragt werden, z. B. in der Projekt- und der Pauschalförderung.

Bitte beachten Sie im eigenen Interesse die in Rheinland-Pfalz geltenden Förderstandards (sogenannte Deckelungen und Pauschalisierungen). Für die o.a. Anlässe sind diese im Merkblatt zur Pauschalförderung Nr. 7 beschrieben. Sie können die Informationen ganzjährig über folgende Homepage abrufen: www.selbsthilfe-rlp.de

ANLAGE 4 A – TEILNAHME AN DELEGIERTEN-/MITGLIEDERVERSAMMLUNGEN UND AN ÜBERREGIONALEN GREMIENSITZUNGEN

FAHRTKOSTEN – AUTO/BAHN

Datum	Name der Maßnahme	Veranstalter	Ort	KFZ-Kilometer (gesamt)	KFZ-Fahrtkosten (gesamt)	Bahnfahrt (2. Klasse) p.P.	Bahnfahrt (2. Klasse) gesamt
1				km	€	€	€
2				km	€	€	€
3				km	€	€	€
4				km	€	€	€
				GESAMT	€		€

ÜBERNACHTUNGSKOSTEN OHNE VERPFLEGUNG

Datum	Name der Maßnahme	Veranstalter	Ort/Bemerkungen	Kosten p.P. und Nacht	Anzahl der Personen	Gesamtkosten
1				€		€
2				€		€
3				€		€
4				€		€
					GESAMT	€

GEBÜHREN, Z. B. FÜR MESSESTÄNDE, TEILNAHME-/EINTRITTSGELDER, FÜR TAGUNGSUNTERLAGEN

Datum	Name der Maßnahme	Veranstalter	Ort/Bemerkungen	Kosten p.P.	Anzahl der Personen	Gesamtkosten
1				€		€
2				€		€
3				€		€
4				€		€
					GESAMT	€

Hinweis:

TEILNAHME AN GESUNDHEITS- UND SELBSTHILFETAGEN

ANLAGE 4 B

Hinweise

Nehmen Ihre Gruppenmitglieder an dieser Maßnahme teil? Dann ist dies die richtige Anlage. Die Aufwendungen dürfen nicht mehrfach beantragt werden, z. B. in der Projekt- und der Pauschalförderung.

Dieses Formular ist betreffend die Teilnahme an o.a. Veranstaltungen (z.B. Selbsthilfemeile am Rheinland-Pfalz-Tag) und/oder Mitwirkung (Infostand der Gruppe) zu verwenden, nicht für selbstorganisierte Veranstaltungen Ihrer Gruppe.

Bitte beachten Sie im eigenen Interesse die in Rheinland-Pfalz geltenden Förderstandards (sogenannte Deckelungen und Pauschalisierungen). Für die o.a. Anlässe sind diese im Merkblatt zur Pauschalförderung Nr. 6 beschrieben. Sie können die Informationen ganzjährig über folgende Homepage abrufen: www.selbsthilfe-rlp.de

Wenn Sie mehrere Maßnahmen beantragen möchten, können Sie das Formular vervielfältigen. In diesem Fall bitte alle ausgestellten Anlagenblätter durchnummerieren. Die Ausgabensummen aller Anlagen 4 B bitte aufaddieren und in die Antragsseite „Gesamtausgaben“, Position k) übertragen.

ANLAGE 4 B – TEILNAHME AN GESUNDHEITS- UND SELBSTHILFETAGEN

FAHRTKOSTEN – AUTO/BAHN

Datum	Name der Maßnahme	Veranstalter	Ort	KFZ-Kilometer (gesamt)	KFZ-Fahrtkosten (gesamt)	Bahnfahrt (2. Klasse) p.P.	Bahnfahrt (2. Klasse) gesamt
1				km	€	€	€
2				km	€	€	€
3				km	€	€	€
4				km	€	€	€
				GESAMT	€		€

ÜBERNACHTUNGSKOSTEN OHNE VERPFLEGUNG

Datum	Name der Maßnahme	Veranstalter	Ort/Bemerkungen	Kosten p.P. und Nacht	Anzahl der Personen	Gesamtkosten
1				€		€
2				€		€
3				€		€
4				€		€
					GESAMT	€

GEBÜHREN, Z. B. FÜR MESSESTÄNDE, TEILNAHME-/EINTRITTSGELDER, FÜR TAGUNGSUNTERLAGEN

Datum	Name der Maßnahme	Veranstalter	Ort/Bemerkungen	Kosten p.P.	Anzahl der Personen	Gesamtkosten
1				€		€
2				€		€
3				€		€
4				€		€
					GESAMT	€

Hinweis:

Bei Bedarf diese Blatt einfach duplizieren oder mehrfach drucken. Die Übernahme in das Ausgabenblatt in Postion K muss manuell erfolgen.

TEILNAHME AN TAGUNGEN/KONGRESSEN/ GESUNDHEITSMESSEN

ANLAGE 4 C

Hinweise

Nehmen Ihre Gruppenmitglieder an diesen Veranstaltungen teil? Dann ist dies die richtige Anlage. Die Aufwendungen dürfen nicht mehrfach beantragt werden, z. B. in der Projekt- und der Pauschalförderung.

Dieses Formular ist nur betreffend die Teilnahme an o.a. Veranstaltungen zu verwenden, nicht für selbstorganisierte Anlässe dieser Art.

Bitte beachten Sie im eigenen Interesse die in Rheinland-Pfalz geltenden Förderstandards (sogenannte Deckelungen und Pauschalisierungen). Für die o.a. Anlässe sind diese im Merkblatt zur Pauschalförderung Nr. 8 beschrieben. Sie können die Informationen ganzjährig über folgende Homepage abrufen: www.selbsthilfe-rlp.de

**ANLAGE 4 C – TEILNAHME AN
TAGUNGEN/KONGRESSEN/GESUNDHEITSMESSEN**

FAHRTKOSTEN – AUTO/BAHN

Datum	Name der Maßnahme	Veranstalter	Ort	KFZ-Kilometer (gesamt)	KFZ-Fahrtkosten (gesamt)	Bahnfahrt (2. Klasse) p.P.	Bahnfahrt (2. Klasse) gesamt
1				km	€	€	€
2				km	€	€	€
3				km	€	€	€
4				km	€	€	€
				GESAMT	€		€

ÜBERNACHTUNGSKOSTEN OHNE VERPFLEGUNG

Datum	Name der Maßnahme	Veranstalter	Ort/Bemerkungen	Kosten p.P. und Nacht	Anzahl der Personen	Gesamtkosten
1				€		€
2				€		€
3				€		€
4				€		€
					GESAMT	€

GEBÜHREN, Z. B. FÜR MESSESTÄNDE, TEILNAHME-/EINTRITTSGELDER, FÜR TAGUNGSUNTERLAGEN

Datum	Name der Maßnahme	Veranstalter	Ort/Bemerkungen	Kosten p.P.	Anzahl der Personen	Gesamtkosten
1				€		€
2				€		€
3				€		€
4				€		€
					GESAMT	€

Hinweis:

Bei Bedarf diese Blatt einfach duplizieren oder mehrfach drucken. Die Übernahme in das Ausgabenblatt in Position K muss manuell erfolgen.

DURCHFÜHRUNG VON VORTRÄGEN/ VORTRAGSVERANSTALTUNGEN

ANLAGE 5 A

Hinweis

Veranstaltet Ihre Gruppe diese Maßnahme? Dann ist dies die richtige Anlage. Zuschussfähig im angemessenen Rahmen sind Vorträge von Referierenden, die von der Gruppe für ihre Mitglieder und ggf. für weitere Teilnehmende zum Thema der Krankheit oder deren Bewältigung angeboten werden. Die Aufwendungen dürfen nicht mehrfach beantragt werden, z. B. in der Projekt- und der Pauschalförderung.

Bitte beachten Sie im eigenen Interesse die in Rheinland-Pfalz geltenden Förderstandards (sogenannte Deckelungen und Pauschalisierungen). Für die o.a. Anlässe sind diese im Merkblatt zur Pauschalförderung Nr. 6 und 10 beschrieben. Sie können die Informationen ganzjährig über folgende Homepage abrufen:
www.selbsthilfe-rlp.de

Wenn Sie mehrere Maßnahmen beantragen möchten, können Sie das Formular vervielfältigen. In diesem Fall bitte alle ausgestellten Anlagenblätter durchnummerieren. Die Ausgabensummen aller Anlagen 5 A bitte aufaddieren und in die Ausgabenseite Antragsposition L) übertragen.

Bezeichnung der Vortragsveranstaltung

Datum

Veranstaltungsort

Referent/-in | Firma/Institution/Verband

Räumlichkeit

Thema und Inhalt des Vortrags

Wird der Vortrag öffentlich angeboten?

ja

nein

Wie viele Personen Ihrer Einrichtung werden erwartet?

Wie viele Teilnehmer werden insgesamt erwartet?

DURCHFÜHRUNG VON REGELMÄßIGEN AKTIVITÄTEN UND ANGEBOTEN

ANLAGE 5 B

Hinweis

Veranstaltet Ihre Gruppe diese Maßnahme? Dann ist dies die richtige Anlage. Zuschussfähig im angemessenen Rahmen sind von der Gruppe regelmäßig selbst durchgeführte eigene Veranstaltungen, Aktivitäten und Aufgaben, die einen engen Bezug zu selbsthilfebezogenen Aufgaben haben. Die Aufwendungen dürfen nicht mehrfach beantragt werden, z. B. in der Projekt- und der Pauschalförderung.

Bitte beachten Sie im eigenen Interesse die in Rheinland-Pfalz geltenden Förderstandards (sogenannte Deckelungen und Pauschalisierungen). Für die o.a. Anlässe sind diese im Merkblatt zur Pauschalförderung Nr. 10 und Nr. 16 beschrieben. Sie können die Informationen ganzjährig über folgende Homepage abrufen:
www.selbsthilfe-rlp.de

Wenn Sie mehrere Maßnahmen beantragen möchten, können Sie das Formular vervielfältigen. In diesem Fall bitte alle ausgestellten Anlagenblätter durchnummerieren. Die Ausgabensummen aller Anlagen 5 B bitte aufaddieren und in die Ausgabenseite Antragsposition L übertragen.

Bezeichnung des Vorhabens

Datum/Beginn und Ende des Vorhabens

Veranstaltungsort

Ist die Maßnahme nur auf Mitglieder beschränkt oder wird diese in der Öffentlichkeit angeboten?

ja

nein

Beschreibung der Maßnahme

Zielsetzung | Was soll mit dem Vorhaben erreicht werden?

Zielgruppe: Welche Teilnehmenden werden eingeladen

**ORGANISierter KLINIKBESUCHSDIENST/
PATIENTENBESUCHERDIENST**

ANLAGE 6

Hinweise

Führt Ihre Gruppe diese Maßnahmen selbstverantwortlich durch? Dann ist dies die richtige Anlage. Zuschussfähig sind Organisierte Klinikbesuchsdienste / Patientenbesucherdienste in Kliniken und Krankenhäusern im Rahmen ehrenamtlicher Betroffenenarbeit und Kooperationen mit den Einrichtungen. Die Aufwendungen dürfen nicht mehrfach beantragt werden, z. B. in der Projekt- und der Pauschalförderung.

Bitte beachten Sie im eigenen Interesse die in Rheinland-Pfalz geltenden Förderstandards (sogenannte Deckelungen und Pauschalisierungen). Für die o.a. Anlässe sind diese im Merkblatt zur Pauschalförderung Nr. 9 beschrieben. Sie können die Informationen ganzjährig über folgende Homepage abrufen: www.selbsthilfe-rlp.de

Bitte fassen Sie soweit möglich die Fahrten pro Klinik/Krankenhaus zusammen, z. B. 4x jährlich Klinik X, 12x jährlich Klinik Y usw.

Geben Sie bitte an, auf welcher Grundlage die Angaben gemacht werden:

Planung/Schätzung für das Antragsjahr Werte des Vorjahres

AUSGABEN FÜR DIESE MAßNAHME

Anzahl der Dienste bzw. Datum	Name der Klinik/ des Krankenhauses	Ort	Kilometer pro Dienst (Hin- und Rückfahrt)	Fahrtkosten (gesamt)
1			km	€
2			km	€
3			km	€
GESAMT				€

Summe bitte in das Ausgabenblatt des Antrags Position M übertragen.

EINNAHMEN FÜR DIESE MAßNAHME (ohne GKV-Pauschalförderung)

(z.B. Verwendung von Spenden, Eigenmitteln der Gruppe, Zuschüssen)

1		€
		€
2		€
		€
3		€
		€
GESAMT		€

Summe der Einnahmen bitte in das Gesamteinnahmenblatt des Antrags (1.6.) übertragen

KONTAKTADRESSE FÜR DIE ANTRAGSTELLUNG

ANLAGE 7

Anträge auf Pauschalförderung bitte nur bei folgendem Federführer abgeben

FEDERFÜHRER 2024

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse
Markt und Service
Rizzastr. 11, 56068 Koblenz
Telefon 0261 3904-240
E-Mail: gisela.stichler@rps.aok.de



Die kassenartenübergreifende Pauschalförderung nach § 20h SGB V im Land Rheinland-Pfalz wird durch die „GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe Rheinland-Pfalz“ gewährleistet.

Mitglieder der GKV-Gemeinschaftsförderung in Rheinland-Pfalz



**AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
Die Gesundheitskasse**

Stefanie Lind
Rizzastraße 11 in 56068 Koblenz
Telefon 0261/3904-101
stefanie.lind@rps.aok.de

IKK Südwest

Kirsten Beck
Hoevelstraße 19-23 in 56073 Koblenz
Telefon 0261/8996-7102, Fax 0261/8996-7195
kirsten.beck@ikk-sw.de

SVLFG - Landwirtschaftliche Krankenkasse

Elmar Reuter
Theodor-Heuss-Straße 1 in 67346 Speyer
Telefon 0561/785-12061, Fax 0561/785-219009
elmar.reuter@svlfg.de

BKK Landesverband Mitte

Andrea May
Wallstraße 88 in 55122 Mainz
Telefon 06131/3305-18, Fax 06131/3305-72
andrea.may@bkkmitte.de

KNAPPSCHAFT – Regionaldirektion Saarbrücken

Iris Neuhardt
St. Johanner Straße 46-48 in 66111 Saarbrücken
Telefon 0681/4002-1314, Fax 0234/97838-13588
iris.neuhardt@kbs.de

vdek Landesvertretung Rheinland-Pfalz

Sarah Dreis
Wilhelm-Theodor-Römheld Straße 22
in 55130 Mainz
Telefon 06131/98255-11
sarah.dreis@vdek.com

„GKV-Gemeinschaftsförderung
Selbsthilfe Rheinland-Pfalz“
c/o AOK Rheinland-Pfalz/Saarland –
Die Gesundheitskasse.
z. Hd. Gisela Stichler
Rizzastraße 11
56068 Koblenz

BITTE UNAUFGEFORDERT
BIS SPÄTESTENS
31. DEZEMBER 2024
ZURÜCKSCHICKEN.

Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift der Selbsthilfekontaktgruppe)

€

Telefon

Bewilligung vom

Bewilligter Betrag

Verwendungszweck

Der Empfänger der Fördermittel bestätigt, dass

- die Mitteilungspflichten gem. Leitfaden Selbsthilfeförderung erfüllt sind,
- die Fördermittel wirtschaftlich, sparsam und zweckgebunden verwendet wurden,
- Gegenstände, deren Anschaffungswert 800 € (ohne Mehrwertsteuer) übersteigt, inventarisiert sind,
- die Fördermittel ausschließlich für satzungsgemäße gesundheitsbezogene Selbsthilfeaufgaben der Selbsthilfegruppe verwendet wurden.

Bitte folgende Nachweise beifügen

- Jahres- oder Tätigkeitsbericht 2024 (ggf. als Entwurfsfassung)
- zahlenmäßiger Nachweis: gesamte Einnahmen und Ausgaben des Jahres 2024 in Form eines Jahresabschlusses (ggf. als Entwurfsfassung)
- Nachweis über die ordnungsgemäße Buchführung **(letzter Bericht der Kassenprüfer oder eines Wirtschaftsprüfers)**

1. Vertretungsbefugte/-r *

Ort, Datum

Name in Druckbuchstaben



rechtsverbindliche
Unterschrift

2. Vertretungsbefugte/-r *

Ort, Datum

Name in Druckbuchstaben



rechtsverbindliche
Unterschrift

* **Bitte beachten:** Das Nachweisblatt **muss von zwei Vertretungsbefugten** unterschrieben werden. Ansonsten kann der Verwendungsnachweis nicht abschließend bearbeitet werden.