

KASSENARTENÜBERGREIFENDE
PAUSCHALFÖRDERUNG RHEINLAND-PFALZ

ANTRAG 2024 SELBSTHILFE KONTAKT ANTRAGSFRIST 31. JANUAR 2024 STELLEN AUF LANDESEBENE

Damit die gesetzlichen Krankenkassen über eine Förderung 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.

Reichen Sie deshalb den Antrag **fristgerecht** mit den erforderlichen Anlagen (s. Seite 7) **nur vollständig ausgefüllt und unterschrieben im Original ein** (s. Seiten 6, 10, 12 u. 14). Änderungen im Antragsvordruck durch den Antragsteller sind nicht zulässig.

1. ANTRAG PAUSCHALFÖRDERUNG FÜR DAS FÖRDERJAHR 2024

1.1 Kontaktdaten

Name der antragstellenden Selbsthilfekontaktstelle

Anschrift bzw. Kontaktadresse

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 Ausgaben

GESAMTAUSGABEN LT. HAUSHALTSPLAN 2024

Personalausgaben		
Löhne/Gehälter		€
Sozialabgaben, Beiträge zu Berufsgenossenschaften etc.		€
Sachausgaben		
<i>Raumkosten/Miete inkl. Betriebskosten</i>		
für Geschäftsstelle(n)		€
für andere Räumlichkeiten (bitte erläutern)		€
<i>Geschäftsbedarf</i>		
Büroausstattung/Büromaterial		€
Fachliteratur		€
Fernmeldegebühren (Telefon, Fax, Internet)		€
Porto		€
Ersatz/Anschaffung von Mobiliar und technischen Geräten		
<input type="checkbox"/> PC/Laptop	<input type="checkbox"/> Rollbanner	<input type="checkbox"/> Stellwand
<input type="checkbox"/> Drucker/Multifunktionsgerät	<input type="checkbox"/> Software für _____	€
<input type="checkbox"/> Beamer	<input type="checkbox"/> Lizenz für _____	
<input type="checkbox"/> Sonstiges _____		
<i>Fahrt-/Reisekosten</i>		€
<i>Öffentlichkeitsarbeit</i>		
Regelmäßig erscheinende Medien		€
Pflege Homepage/Internet		€
<i>Mitgliedsbeiträge an Dachorganisationen/Fachverbände</i>		€
<i>Ausgaben für geplante Projekte</i>		€
<i>Weitere Ausgabenpositionen*</i>		
		€
		€
		€
SUMME DER GESAMTAUSGABEN		€

* Rückstellungen bitte gesondert erläutern.

1.5 Einnahmen

GESAMTEINNAHMEN LT. HAUSHALTSPLAN

Eigene Mittel	
Mitgliedsbeiträge	€
Entnahme aus Rücklagen*	€
Einnahmen von Dachverbänden	€
Einnahmen aus Zweckbetrieb (z. B. aus Verkauf von Produkten)	€
Sonstige Einnahmen (Zinsen, Erbschaften, Fördervereine etc.)	€
SUMME DER EIGENEN MITTEL	€
Fremde Mittel	
<i>Öffentliche Hand (institutionell/pauschal und Projektförderung)</i>	
Landesmittel, Bundesmittel	€
Kommunale Mittel	€
<i>Zuschüsse der Gesetzlichen Krankenversicherung (nur Projektförderung)</i>	€
<i>Zuschüsse sonstiger Sozialversicherungsträger (institutionell/pauschal und Projektförderung)</i>	
Pflegeversicherung	€
Rentenversicherung	€
Unfallversicherung	€
Sonstige Einnahmen	
Sponsoring (z. B. Pharmaunternehmen, Medizinprodukte-Hersteller)	€
Erhaltene Leistungen Dritter (geldwerte Dienstleistungen)	€
Spenden	€
Zuwendungen von Stiftungen	€
Weitere Einnahmen (z. B. aus Lotterien/Bußgeldern)	€
SUMME DER FREMDEN MITTEL	€
SUMME DER GESAMTEINNAHMEN	€

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

ja

nein

Wenn ja, bitte erläutern

* Sofern Rücklagen bestehen und diese im Antrag nicht als Eigenmittel ausgewiesen werden, ist dies zu begründen. Bei Selbsthilfekontaktstellen, die neben den Aufgaben der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe soziale Dienstleistungen erbringen und aus diesen Betätigungen über freie Rücklagen verfügen, reicht bei der Antragstellung der Hinweis, dass diese Rücklagen aufgrund der Komplexität und des Umfangs dieser Aufgaben nicht für die Finanzierung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe eingebracht werden können.

1.6 Angaben zur beantragten pauschalen Förderung

Die Selbsthilfekontaktstelle beantragt eine pauschale Förderung zur Erfüllung folgender Aufgaben (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Information, Aufklärung und Beratung von Selbsthilfegruppen, Betroffenen, ihrer Angehörigen und anderer Interessierter

Qualifizierungsmaßnahmen, die im Zusammenhang mit der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe- bzw. Kontaktstellenarbeit stehen

Öffentlichkeitsarbeit und Durchführung von Veranstaltungen und Aktionen (z. B. Broschüren, Informationsmedien, Kongresse, Workshops, Selbsthilfetage, Seminare)

Weitere gesundheitsbezogene Arbeitsschwerpunkte und Maßnahmen

Erläuterungen zu weiteren gesundheitsbezogenen Arbeitsschwerpunkten und Maßnahmen

Bitte tragen Sie hier ein, in welcher Höhe Sie Fördermittel beantragen!

Höhe der beantragten Fördermittel *

€

* Erforderliche Fördermittel unter Berücksichtigung aller eigenen Mittel und Einnahmen, die mit dem Förderzweck zusammenhängen (insbesondere Zuwendungen, Leistungen Dritter, Einnahmen aus Sponsoring etc.). Sofern Rücklagen bestehen und diese im Antrag nicht zur Deckung der Ausgaben verwendet werden, ist dies vom Antragsteller zu begründen.

1.7 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 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
Selbsthilfekontaktstelle



1. Vertretungsbefugte/-r – Unterschrift



2. Vertretungsbefugte/-r – Unterschrift

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

1.8 Anlagen

Folgende Anlagen sind diesem Antrag beizufügen

Strukturerhebungsbogen (Anlage 1)

Nachweis der Rücklagen (Anlage 2)

Datenverwendungserklärung (Anlage 3)

Erklärung zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit (Anlage 4)

Verwendungsnachweis des Vorjahres

Mittelverwendungsnachweis
wurde bereits abgegeben.

Haushaltsplan (geplante Einnahmen und Ausgaben)
für das Antragsjahr, ggf. als Entwurf

Letzte genehmigte Jahresabschluss-Rechnung
(satzungsmäßig geprüft), mit entsprechenden Vermerken

Mitteilung über die letzte Entlastung des Vorstandes
durch die Mitglieder- bzw. Delegiertenversammlung

Gültiger regulärer Freistellungsbescheid des Finanzamtes

Aktuelle Satzung

2. STRUKTURERHEBUNGSBOGEN FÜR SELBSTHILFEKONTAKTSTELLEN

ANLAGE 1

Stand der nachstehenden Angaben

_____ Datum

1

_____ Name der Selbsthilfekontaktstelle

_____ Anschrift der Selbsthilfekontaktstelle

_____ Ansprechpartner/-in in der Selbsthilfekontaktstelle

_____ Telefon

_____ E-Mail

_____ Fax

_____ Webseite

_____ Öffnungs- bzw. Sprechzeiten der Selbsthilfekontaktstelle

2

_____ Träger der Selbsthilfekontaktstelle (falls abweichend von Punkt 1)

_____ Anschrift des Trägers

_____ Ansprechpartner/-in des Trägers (Name und Funktion)

_____ Telefon

_____ E-Mail

_____ Fax

_____ Webseite

3 Gründungsjahr der Selbsthilfekontaktstelle

_____ Datum

4 Beratungs- und Büroräume
der Selbsthilfekontaktstelle

Anzahl

5 Über welche Angebote verfügt die Selbsthilfekontaktstelle und welche Aktivitäten führt sie regelmäßig im Interesse der gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen durch (z. B. Selbsthilfetage)?

6 Anzahl der hauptberuflichen dauerhaften Stellen in der Selbsthilfekontaktstelle
(Beschäftigungsverhältnis mind. ein Jahr):

keine unter 1 1 bis 2 3 bis 5 mehr als 5

7 Fachliche Qualifikation der Mitarbeitenden der Selbsthilfekontaktstelle

8 Ist für die Mitarbeitenden der Selbsthilfekontaktstelle die
regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen vorgesehen?

ja nein

9 Einzugsbereich der Selbsthilfekontaktstelle

Bitte nennen Sie die/den Region, Bezirk, Kreis, Stadt

Anzahl der Einwohner im Einzugsbereich

Anzahl der gesundheitsbezogenen
Selbsthilfegruppen im Einzugsbereich

10 Ist die Selbsthilfekontaktstelle grundsätzlich für alle Interessenten/Bürger offen?

ja nein Nur für Mitglieder des Trägers

Wenn nein, bitte begründen.

11 Ist die Selbsthilfekontaktstelle neutral ausgerichtet?

(keine parteipolitische, religiöse oder weltanschauliche Ausrichtung, keine Verfolgung kommerzieller Interessen)

ja nein

Wenn nein, bitte erläutern.

12 Arbeitet die Selbsthilfekontaktstelle indikationsgruppenübergreifend?

ja nein

Wenn nein, bitte Spezialisierung nennen.

13 Wie stellen Sie das fachliche, eigenständige, institutionelle Profil Ihrer

Selbsthilfekontaktstelle in der Öffentlichkeit dar (z. B. durch ein Leitbild, Jahresbericht)?

14 Erfolgt eine aktive Mitarbeit Ihrer Selbsthilfekontaktstelle in der Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen (hierzu zählt nicht allein die Teilnahme an Veranstaltungen der Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen)?

ja

Ja, in dieser Form

nein

Nein, weil ...

Ort, Datum



rechtsverbindliche Unterschrift
(und ggf. Stempel)

3. NACHWEIS DER RÜCKLAGEN/FINANZMITTEL

ANLAGE 2

Name und Anschrift der Selbsthilfekontaktstelle

Ansprechpartner/-in

Telefon

E-Mail

GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe Rheinland-Pfalz Nachweis von Rücklagen

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 Blatt 1.6 sowie auf dem Einnahmenblatt 1.5 die Position „Entnahme aus Rücklagen“ sowie die dazugehörige Fußnote. Vielen Dank.

BETRAG/SUMME

Der Gesamtbestand der Finanzmittel beträgt

zum

bzw. 31.12.2023

€

Zweckgebundene Rücklagen

1. Rücklagen, die (dem steuerbegünstigten) satzungsgemäßen Zweck dienen

nein ja →

€

2. Rücklagen für die Pflege des Vereinsvermögens

nein ja →

€

3. Betriebsmittelrücklagen für

nein ja →

€

Nicht zweckgebundene Rücklagen

4. Freie Rücklagen

nein ja →

€

Rücklagen aus Zweckbetrieb

nein ja →

€

4. DATENVERWENDUNGSERKLÄRUNG

ANLAGE 3

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

5. ERKLÄRUNG ZUR WAHRUNG VON NEUTRALITÄT UND UNABHÄNGIGKEIT

ANLAGE 4

Erklärung zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe zum Umgang mit Wirtschaftsunternehmen bei gleichzeitiger Förderung durch die Krankenkassen und/oder ihre Verbände nach § 20h SGB V

PRÄAMBEL

Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen richten ihre fachliche und politische Arbeit an den Bedürfnissen und Interessen von behinderten und chronisch kranken Menschen und deren Angehörigen aus. Sie fördern die Selbstbestimmung behinderter und chronisch kranker Menschen.

Der Umgang mit Wirtschaftsunternehmen darf die Unabhängigkeit der Selbsthilfe nicht einschränken und muss transparent sein. Damit die Neutralität und Unabhängigkeit der Selbsthilfe auch künftig gewahrt wird, haben die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Selbsthilfe bereits seit längerer Zeit eigene ausführliche Leitsätze veröffentlicht. Diese stehen allen Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen zur Verfügung. Darüber hinaus beraten die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Selbsthilfe die Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen über die Zielsetzung und den Regelungsgehalt dieser Leitsätze in der Praxis.

Mit der nachfolgenden Erklärung verpflichtet sich der/die Antragstellende zur Wahrung seiner/ihrer Neutralität und Unabhängigkeit. Diese Erklärung wurde einvernehmlich mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Selbsthilfe und den Spitzenverbänden der Krankenkassen erarbeitet und gilt seit dem Förderjahr 2007. Sie basiert auf den bereits existierenden Leitsätzen der organisierten Selbsthilfe.

ERKLÄRUNG

1. Autonomie der Selbsthilfe

Die Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen können finanzielle Zuwendungen von Personen des privaten und öffentlichen Rechts, von Organisationen und von Wirtschaftsunternehmen entgegennehmen, sofern dadurch keine Abhängigkeit begründet wird. Dazu ist Voraussetzung, dass keine überwiegende Finanzierung der Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen durch Wirtschaftsunternehmen erfolgt (z.B. Pharma-, Medizinprodukte-Industrie, Hilfsmittelhersteller). In allen Bereichen der Zusammenarbeit mit Wirtschaftsunternehmen muss die Autonomie über die Inhalte ihrer Arbeit, deren Umsetzung sowie die Verwendung der Mittel bei der Selbsthilfe verbleiben.

2. Datenschutz

Sollten Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen personenbezogene Daten weitergeben, werden die Bestimmungen des Datenschutzes eingehalten.

3. Information

Sofern Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen Wirtschaftsunternehmen Kommunikationsrechte wie z.B. das Recht auf die Verwendung des Vereinsnamens oder des Logos in Publikationen, Produktinformationen, Internet, Werbung oder bei Veranstaltungen gewähren, sind hierüber schriftliche Vereinbarungen zu treffen. Sie sind auf Aufforderung zu veröffentlichen.

Ausgeschlossen ist die unmittelbare oder mittelbare Bewerbung von Produkten, Produktgruppen oder Dienstleistungen zur Diagnose und Therapie von chronischen Erkrankungen oder Behinderungen.

4. Veranstaltungen

Die Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen tragen dafür Sorge, dass bei von ihnen organisierten und durchgeführten Veranstaltungen stets die Neutralität und Unabhängigkeit gewahrt bleiben. Dieser Anspruch gilt auch für organisatorische Fragen. Die Auswahl des Tagungsortes, der Rahmen, der Ablauf und die Inhalte der Veranstaltung werden von der Selbsthilfe bestimmt. Reisekosten sollen sich grundsätzlich an Bundes- bzw. den Landesreisekostengesetzen orientieren. Sofern Honorare gezahlt werden, sind diese maßvoll zu bemessen. Daten von Teilnehmern an Veranstaltungen werden nicht an Wirtschaftsunternehmen weitergegeben.

Ort, Datum



Unterschrift eines/einer Vertretungsbefugten

6. KONTAKTADRESSE FÜR DIE ANTRAGSTELLUNG

ANLAGE 5

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 Selbsthilfekontaktstelle)

€

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.