



**Antrag
auf kassenartenübergreifende Selbsthilfeförderung
gemäß § 20h SGB V für Selbsthilfebundesorganisationen für das Jahr 2017**

Antragsfrist: 31.12.2016

1. Antragsteller

Name der Selbsthilfebundesorganisation	
Anschrift <i>(bei Postfachanschrift Auszug aus dem Vereinsregister in Kopie beifügen)</i>	
Homepage	
E-Mail	
Telefon	

Ansprechpartner (Antrag):	
Name	
E-Mail	
Telefon	

2. Bankverbindung des Antragstellers

Kontoinhaber/in	
Bankinstitut	
IBAN	DE ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____
BIC	

Hinweis:

Damit die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände über Ihren Antrag entscheiden können, benötigen wir von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen zu überlassen. Ihre Mithilfe, die im § 60 SGB I ausdrücklich vorgesehen ist, erleichtert uns die Bearbeitung Ihres Antrags. Bitte bedenken Sie, dass wir Ihren Antrag, wenn Sie uns nicht unterstützen, ablehnen dürfen (§ 66 SGB I).

3. Zu erwartende Ausgaben des Antragstellers für das Jahr 2017

Hinweis: Jede Position muss ausgefüllt werden. Trifft eine Position nicht zu, ist sie mit 0,00 EUR zu beziffern (keine leeren Felder).

Kaltniete der Geschäftsstelle, <i>bitte Nachweis beifügen</i>	EUR
Kaltniete für andere Räumlichkeiten (z. B. Lagerräume), <i>bitte Nachweis beifügen</i>	EUR
Betriebs-/Nebenkosten (z. B.: Strom, Heizung)	EUR
Personalkosten (inkl. aller Sozialabgaben)	EUR
Kommunikation (z. B. Telefon, Fax, Internet)	EUR
Porto	EUR
Anschaffung/Ersatz von Mobiliar und technischer Ausstattung*	EUR
Weitere Sachkosten* (z. B. Bürobedarf)	EUR
Fahrt-/Reisekosten	EUR
Öffentlichkeitsarbeit* (z. B. Mitgliederzeitung, Newsletter, Info-Stände)	EUR
Qualifizierung/Fortbildung (im Rahmen der Verbandsarbeit)	EUR
Weitere Aufwendungen* (z. B. Mitgliedsbeiträge, Versicherungen)	EUR
Gesamtsumme	EUR

*** Bitte benennen bzw. kurz erläutern:**

(aus Platzgründen können Erläuterungen auch auf einem separaten Blatt erfolgen)

4. Zu erwartende Einnahmen des Antragstellers für das Jahr 2017

Hinweis: Jede Position muss ausgefüllt werden. Trifft eine Position nicht zu, ist sie mit 0,00 EUR zu beziffern (keine leeren Felder).

Mitgliedsbeiträge	EUR
Spenden*	EUR
Sponsoring*	EUR
Entnahmen aus Rücklagen	EUR
Zuschüsse von EU; Mittel wurden <input type="checkbox"/> beantragt bzw. <input type="checkbox"/> bewilligt	EUR
Zuschüsse von Bund; Mittel wurden <input type="checkbox"/> beantragt bzw. <input type="checkbox"/> bewilligt	EUR
Zuschüsse von Land; Mittel wurden <input type="checkbox"/> beantragt bzw. <input type="checkbox"/> bewilligt	EUR
Zuschüsse von Kommune; Mittel wurden <input type="checkbox"/> beantragt bzw. <input type="checkbox"/> bewilligt	EUR
Zuwendungen von der gesetzlichen Rentenversicherung	EUR
Zuwendungen von der gesetzlichen Unfallversicherung	EUR
Zuwendungen von Stiftungen*	EUR
Weitere Einnahmen/Zuwendungen*	EUR
Gesamtsumme	EUR

Hat der Bundesverband nicht zweckgebundene (freie) Rücklagen? Wenn ja, in Höhe von	EUR
---	-----

*** Bitte den Zuwendungsgeber und die Höhe der Zuwendung angeben:**
(aus Platzgründen können weitere Erläuterungen auch auf einem separaten Blatt erfolgen)

Beantragter Zuschuss für das Jahr 2017	EUR
---	------------

Folgende Unterlagen liegen diesem Antrag bei:

- Strukturhebungsbogen
- Neutralitäts- und Datenverwendungserklärung
- Satzung
- Gültiger Körperschaftsteuer-/Freistellungsbescheid des Finanzamtes
- Einnahmen/Ausgabenrechnung bzw. letzter Jahresabschluss (satzungsmäßig geprüft)
- Entlastung des Vorstandes durch die Mitgliederversammlung (Auszug aus dem Protokoll)
- Nachweis der Mietkosten.

Sofern nicht alle vorgenannten Unterlagen beigelegt sind, bitte begründen:

5. Nachweis der Verwendung der Fördermittel

Bis zum **31. März 2017** ist der Nachweis der Verwendung der Fördermittel für das Jahr 2016 (Formular Verwendungsnachweis) zusammen mit dem Sachbericht bzw. Jahres-/Tätigkeitsbericht vorzulegen (Ausnahme: Erstantragsteller).

6. Abschließende Erklärung

Nur vollständige Antragsunterlagen gewährleisten eine abschließende Prüfung des Antrages.

Mit der Unterschrift bestätigt der Antragsteller die Beantragung von Fördermitteln gemäß § 20h SGB V sowie die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben, die ordnungsgemäße Angabe und Verwendung von Rücklagen, die Kenntnisnahme der Allgemeinen Nebenbestimmungen des „Gemeinsamen Rundschreibens 2017“.

Der Antragsteller verpflichtet sich, die finanziellen Zuschüsse der „GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe auf Bundesebene“ zweckgebunden gem. § 20h SGB V zu verwenden. Die „GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe auf Bundesebene“ behält sich vor, die ordnungsgemäße Verwendung der Fördermittel zu prüfen. Bei vorsätzlich falschen Angaben ist die „GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe auf Bundesebene“ berechtigt, die finanziellen Zuwendungen zurückzufordern.

Für die Antragstellung sind die Unterschriften von zwei legitimierten Vertretern des Bundesverbandes notwendig, die die Richtigkeit der Angaben bestätigen und sich im Falle einer (krankheitsbedingten) Verhinderung gegenseitig vertreten.

Ort, Datum

in Druckbuchstaben:
Name Unterzeichner, Position im Verein

Unterschrift

Ort, Datum

in Druckbuchstaben:
Name Unterzeichner, Position im Verein

Unterschrift

Strukturerhebungsbogen für Selbsthilfebundesorganisationen

1. Angaben zum Antragsteller

Name der Selbsthilfebundesorganisation	
Anschrift	
Vorsitzender	
Geschäftsführer	
Gründungsjahr der Bundesorganisation	
Jahr der Eintragung in das Vereinsregister	

2. Mitgliedschaften

Der Antragsteller ist Mitglied in		Mitgliedsbeitrag p. a.
<input type="checkbox"/>	BAG Selbsthilfe e. V.	EUR
<input type="checkbox"/>	LAG Selbsthilfe e. V. in _____ (Bundesland)	EUR
<input type="checkbox"/>	Der Paritätische Gesamtverband e. V.	EUR
<input type="checkbox"/>	Der Paritätische, Landesverband in _____ (Bundesland)	EUR
<input type="checkbox"/>	Kindernetzwerk e. V.	EUR
<input type="checkbox"/>	ACHSE e. V.	EUR
<input type="checkbox"/>	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)	EUR
<input type="checkbox"/>	Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG)	EUR
<input type="checkbox"/>	Weitere Wohlfahrtsverbände*	EUR
<input type="checkbox"/>	Fachgesellschaften*	EUR
<input type="checkbox"/>	Verbände auf europäischer/internationaler Ebene*	EUR
<input type="checkbox"/>	Sonstige*	EUR
Der Antragsteller ist <u>nirgends</u> Mitglied. <input type="checkbox"/>		

*** Bitte benennen bzw. kurz erläutern:**

(aus Platzgründen können Erläuterungen auch auf einem separaten Blatt erfolgen)

3. Räumlichkeiten und Personal

Hat der Antragsteller	ja	nein
- eine Geschäftsstelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ein Büro innerhalb privater Räumlichkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verfügt der Antragsteller über hauptamtliches Personal?		
<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
Vollzeitbeschäftigte: _____ (Anzahl)	Teilzeitbeschäftigte: _____ (Anzahl)	

ggf. Anmerkungen zu den vorgenannten Angaben:

4. Mitglieder im Bundesverband

Gesamtzahl der Einzelmitglieder (natürliche Personen) im Bundesverband	
Anzahl der Mitgliedsverbände (juristische Personen, z. B. Vereine) im Bundesverband	
Anzahl der dazugehörigen Selbsthilfegruppen im Bundesverband	

ggf. Anmerkungen zu den vorgenannten Angaben:

5. Ausgegliederte Organisationseinheiten

Hat der Antragsteller ausgegliederte Organisationseinheiten (z. B. gGmbH, gUG, etc.)?	
<input type="checkbox"/> ja	Name, Anschrift, Kontaktdaten:
	Name des/der Gesellschafter(s):
<input type="checkbox"/> nein	

ggf. Anmerkungen zu den vorgenannten Angaben: (aus Platzgründen können Erläuterungen auch auf einem separaten Blatt erfolgen)

6. Stiftung

Hat der Antragsteller eine Stiftung gegründet?	
<input type="checkbox"/> ja	Name, Anschrift, Kontaktdaten:
<input type="checkbox"/> nein	

ggf. Anmerkungen zu den vorgenannten Angaben: <i>(aus Platzgründen können Erläuterungen auch auf einem separaten Blatt erfolgen)</i>

7. Landesverbände, Landesuntergliederungen

In welchen Bundesländern hat der Antragsteller rechtlich selbstständige Landesverbände (LV) und/oder rechtlich unselbstständige Landesuntergliederungen (LU)?

LV	LU	Bundesland	LV	LU	Bundesland
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bayern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Niedersachsen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Baden-Württemberg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nordrhein-Westfalen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Berlin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheinland-Pfalz
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brandenburg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Saarland
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bremen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sachsen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hamburg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sachsen-Anhalt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schleswig-Holstein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mecklenburg-Vorpommern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thüringen
<input type="checkbox"/>	Andere Strukturen*				

Bitte fügen Sie eine Liste mit verbindlichen Angaben zu den Landesverbänden bzw. Landesuntergliederungen als **Anlage** bei (Name, Anschrift, Kontaktdaten).

* Bitte benennen bzw. kurz erläutern: <i>(aus Platzgründen können Erläuterungen auch auf einem separaten Blatt erfolgen)</i>

8. Zuordnung der Erkrankung/Behinderung zum Krankheitsverzeichnis nach § 20h SGB V

Benennung der Erkrankung/Behinderung:

--

Zuordnung der Erkrankung/Behinderung zum Krankheitsverzeichnis nach § 20h SGB V:
*(Nur **eine** Krankheit ankreuzen – Hauptdiagnose!)*

<input type="checkbox"/>	Krankheiten des Kreislaufsystems	<input type="checkbox"/>	Suchterkrankungen
<input type="checkbox"/>	Krankheiten des Muskel–Skelett–Systems	<input type="checkbox"/>	Krankheiten des Nervensystems
<input type="checkbox"/>	Bösartige Neubildungen, Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe, Immunsystems/Immundefekte
<input type="checkbox"/>	Allergische und asthmatische Erkrankungen; Krankheiten des Atmungssystems	<input type="checkbox"/>	Krankheiten der Sinnesorgane, Hör-, Seh- und Sprachbehinderung
<input type="checkbox"/>	Hirnbeschädigungen	<input type="checkbox"/>	Infektiöse Krankheiten
<input type="checkbox"/>	Endokrine Ernährungs- und Stoffwechselkrankheit	<input type="checkbox"/>	Psychische und Verhaltensstörungen
<input type="checkbox"/>	Erkrankung der Verdauungsorgane und des Urogenitaltraktes	<input type="checkbox"/>	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
<input type="checkbox"/>	Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	Chronische Schmerzen
<input type="checkbox"/>	Hauterkrankungen, chronische Krankheiten der Haut und der Unterhaut	<input type="checkbox"/>	Organtransplantation

ggf. Anmerkungen zu den vorgenannten Angaben:

--

Verbreitung der Krankheit / Anzahl der Betroffenen im Bundesgebiet

--

9. Medien

Werden vom Antragsteller eigene Medien veröffentlicht?	
ja:	<i>als Anlage beigefügt</i>
<input type="checkbox"/> Mitgliederzeitschrift	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Broschüre, Faltblatt	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Newsletter	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Homepage	
<input type="checkbox"/> Online-Forum/Chat	
<input type="checkbox"/> Sonstige Medien/Veröffentlichungen*	
nein <input type="checkbox"/>	

*** Bitte benennen bzw. kurz erläutern:**

(aus Platzgründen können Erläuterungen auch auf einem separaten Blatt erfolgen)

10. Transparenz

Nach Ziffer 8 des „Gemeinsamen Rundschreibens 2017“ sind die Fördermittelempfänger verpflichtet, Transparenz über die von den Krankenkassen/-verbänden erhaltenen Mittel herzustellen. Aus diesem Grund sind sie dazu verpflichtet, die erhaltenen Förderbeträge auf der Homepage der Selbsthilfebundesorganisation zu veröffentlichen. Dieser Verpflichtung ist der Antragsteller nachgekommen. Die Veröffentlichung erfolgte unter folgendem Link:

--

11. Leitsätze zur Wahrung der Neutralität und Unabhängigkeit

Hat sich der Antragsteller eigene Leitsätze zur Wahrung der Neutralität und Unabhängigkeit im Umgang mit im Wettbewerb stehenden Wirtschaftsunternehmen/-verbänden gegeben?	
<input type="checkbox"/> ja <i>(eigene Leitsätze bitte als Anlage beifügen)</i>	
<input type="checkbox"/> keine eigenen Leitsätze verfasst, jedoch Akzeptanz/Annahme der Leitsätze von _____ <i>(Organisation benennen)</i>	
<input type="checkbox"/> nein	

12. Geplante Aktivitäten im Jahr 2017

Bitte schildern Sie, welche Aktivitäten Ihre Selbsthilfebundesorganisation für das Antragsjahr plant und beschreiben Sie kurz Ihre strukturellen und/oder sächlichen Herausforderungen o. ä. im Jahr 2017 (Erläuterung z. B. Ihrer spezifischen Angebote, Projektaktivitäten, Gremienarbeit, Kooperationsaktivitäten, Mediennutzung).

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt:

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Name der Selbsthilfebundesorganisation:

Neutralitäts- und Datenverwendungserklärung

Mit der Unterschrift bestätigt der Antragsteller die Einhaltung der **Grundsätze zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit** gemäß § 20h SGB V. Er verpflichtet sich, die finanziellen Zuschüsse der Krankenkassen/-verbände zweckgebunden gemäß § 20h SGB V zu verwenden. Die Krankenkassen/-verbände behalten sich im Einzelfall vor, die ordnungsgemäße Verwendung der pauschalen Fördermittel zu prüfen. Bei vorsätzlich falschen Angaben sind die Krankenkassen/-verbände berechtigt, die finanziellen Zuwendungen zurückzufordern.

Ein Rechtsanspruch auf eine bestimmte Fördersumme besteht nicht. Die Höhe der Förderung ist insbesondere abhängig von den im Förderjahr insgesamt zur Verfügung stehenden Mitteln.

Wichtige Voraussetzung zur besseren Umsetzung der Selbsthilfeförderung nach § 20h SGB V ist größtmögliche Transparenz der Förderung. Hierfür 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.

Damit die weitergehende Verwendung der entsprechenden Informationen auf rechtlich abgesicherter Basis erfolgen kann, bitten wir Sie, uns nachfolgend Ihr entsprechendes Einverständnis zu erklären:

Der Antragsteller willigt ein, dass die Angaben aus dem Antrag zusätzlich für folgende Zwecke verwendet werden dürfen:

- Dokumentation des Fördergeschehens für interne Zwecke der jeweiligen Krankenkassen und ihrer Verbände,
- Beratungen im Rahmen des gesetzlichen Förderverfahrens innerhalb der gesetzlichen Krankenkassen/-verbände sowie mit den Vertretern der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Organisationen,
- 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

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt:

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Anmerkung:

Die Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene wird zu Zwecken der Transparenz den Namen des Fördermittelempfängers und die Förderhöhe veröffentlichen (vgl. „Leitfaden zur Selbsthilfeförderung“ in der Fassung vom 17. Juni 2013).