

PROJEKTFÖRDERUNG
Antrag zur kassenindividuellen Förderung örtlicher
Selbsthilfegruppen gemäß § 20 c SGB V für das Jahr _____

Bearbeitungsvermerk:

1. Angaben zur antragstellenden Selbsthilfegruppe

Name, Sitz und Einzugsbereich: _____

Zugehörigkeit zu einem Landesverband/Bundesverband: ja nein

Name und Sitz des Verbandes: _____

Zugehörigkeit zu einem Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege ja nein

2. Kontaktperson/Ansprechpartner

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon (tagsüber): _____

E-Mail: _____

3. Bankverbindung

Unsere Selbsthilfegruppe verfügt über ein eigenes Konto

Unsere Selbsthilfegruppe verfügt über kein eigenes Konto*

Bitte überweisen Sie die Förderung auf folgendes Konto:

Kontoinhaber/in: _____ Geldinstitut: _____

Anschrift: _____ Konto-Nr.: _____

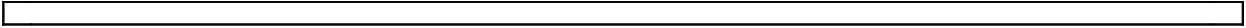
_____ BLZ: _____

*Sofern Ihre Selbsthilfegruppe über kein eigenes Konto verfügt, können Zuschüsse auch auf Privatkonten von Mitgliedern Ihrer Selbsthilfegruppe gezahlt werden. In diesem Fall bitten wir Sie, die nachstehende Erklärung zu unterschreiben.

Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich stellvertretend für die Selbsthilfegruppe die Fördermittel durch die Krankenkasse in Empfang nehme. Ich bin verantwortlich für die ordnungsgemäße Verwendung des Geldes, sowie für die Ausstellung eines entsprechenden Verwendungsnachweises.

Name: _____ Datum/Unterschrift: _____



4. Angaben zur Selbsthilfegruppe

4.1 Mit welchem Krankheitsbild befasst sich die Selbsthilfegruppe? _____

4.2 Seit wann besteht die Selbsthilfegruppe? _____

(Bitte durch Presseartikel, Handzettel, Folder etc. belegen)

Bei eingetragenem Verein (e. V.): _____

(zuständiges Amtsgericht)

(Nr. des Vereinsregisters)

4.3 Wie viele Mitglieder hat die Selbsthilfegruppe? _____

4.4 Treffen der Selbsthilfegruppe

Zeitpunkt: _____ Ort: _____

Wie häufig trifft sich die Selbsthilfegruppe im Jahr? _____

4.5 Betroffene Zielgruppen (z. B. Eltern behinderter Kinder, Abhängigkeitserkrankte)

4.6 Aufgabenstellung der Selbsthilfegruppe

(z. B. Förderung der Abstinenz, Einstellungsveränderung zur Krankheit)

4.7 Kurzbeschreibung des Angebotes (z. B. Gespräche, Vorträge)

4.8 Aufnahmekriterien ja nein

Welche? _____

4.9 Ausschlusskriterien ja nein

Welche? _____

4.10 Ist die Gruppe grundsätzlich offen für neue Mitglieder/Teilnehmende?

ja nein

4.11 Mitgliedsbeiträge

ja Höhe des Jahresbeitrages: Euro _____

5. Angaben zur beantragten Förderung

projektbezogen (gezielte zeitlich begrenzte Einzelaktivitäten und Vorhaben)

Detaillierte Beschreibung des Projektes (Art, Ziel, Dauer, Zielgruppe, Beginn):

Kosten der Projektes:

Gesamtkosten: _____

Eigenmittel/Eigenanteil: _____

Öffentliche Zuschüsse (Kommunen, Land etc.) _____ beantragt bewilligt

Beantragter Zuschuss (Betrag angeben): _____ Euro

Werden bei anderen Krankenkassen ebenfalls Mittel beantragt? Ja Nein

Wenn ja, bei welchen Krankenkassen wurden diese Mittel beantragt?

In welcher Höhe wurden diese Mittel beantragt?

_____ Euro

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

Datum/Unterschrift

Noch eine Bitte in eigener Sache:

Wichtige Voraussetzung zur besseren Umsetzung der Selbsthilfeförderung nach § 20 c 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 Informationen zu Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen erhalten können.

Damit die weitergehende Verwendung der entsprechenden Informationen auf rechtlich abgesicherter Basis erfolgen kann, benötigen wir eine entsprechende Einverständniserklärung. Wir möchten Sie daher bitten, uns nachfolgend Ihr Einverständnis zu erklären:

Diese Einverständniserklärung zur weitergehenden Datenverwendung ist freiwillig und unabhängig von der Bearbeitung Ihres Antrages auf Fördermittel. – Ein Widerruf ist jederzeit bei der für Sie federführenden Stelle möglich.

Einverständniserklärung zur weitergehenden Datenverwendung:

Wir willigen ein, dass die Angaben aus dem Antrag zusätzlich für folgende Zwecke verwendet werden dürfen.

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

Wir willigen in diese weitergehende Datenverwendung ein:

Datum/Unterschrift

**Nachweis über die Verwendung der kassenindividuellen
Fördermittel der örtlichen Selbsthilfegruppen gemäß § 20 c SGB V
für das Jahr _____**

Zurück:

An die Krankenkasse, die die Fördermittel bewilligt hat.

Name und Anschrift der Selbsthilfegruppe:

Ansprechpartner-/in:

Bewilligungsschreiben vom:

Betrag: Euro

Die Fördermittel wurden entsprechend unserer (satzungsgemäßen) Gruppenarbeit verwendet.

für das Projekt

verwendet.

Datum/Unterschrift