

# **Krankenkassenindividuelle Förderung**

**nach § 20h SGB V**

## **Antragsunterlagen für die Projektförderung**

### **der örtlichen/regionalen Selbsthilfegruppen**

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 § 20h SGB V benötigt (vgl. Antragsunterlagen). Eine fehlende Mitwirkung kann zur Ablehnung Ihres Antrages führen.

Bitte reichen Sie den Antrag mit den erforderlichen Anlagen nur vollständig ausgefüllt und von zwei Gruppenmitgliedern unterschrieben ein.  
Änderungen im Antragsvordruck sind unzulässig.

Antragsvordruck für die örtlichen/regionalen Selbsthilfegruppen  
zur Beantragung der **Projektfördermittel** gemäß § 20h SGB V  
für das **Förderjahr 20**     

bei (Name der Krankenkasse)

**(1) Angaben zum Antragsteller:**

**Name der Selbsthilfegruppe:**

--

**Anschrift:**

--

Telefon:

--

E-Mail:

--

Internetadresse:

--

**Nennung des/der vertretungsberechtigten Ansprechpartners/in für Rückfragen zum Antrag (nur wenn abweichend von den o. g. Angaben):**

Name:

--

Telefon, *falls abweichend*:

--

E-Mail, *falls abweichend*:

--

**(2) Angaben zur Selbsthilfegruppe (SHG):**

Mit welchem Krankheitsbild befasst sich die SHG?

--

Seit wann besteht die SHG?

--

Wie viele Teilnehmer hat die SHG?

--

Wie häufig finden Gruppentreffen statt?

--

Ist die SHG Mitglied in einem Landesverband?

Ja  Nein

Wenn ja, in welchem:

Wird die SHG von einer professionellen Fachkraft (z.B. Ärzte oder Therapeuten) angeleitet?

Ja  Nein

Hinweis: Eine Förderung von Selbsthilfegruppen ist nur möglich, wenn diese **nicht** von professionellen Helfern geleitet werden.  
(III. Leitfaden zur Selbsthilfeförderung)

Ist die SHG in einer Datenbank aufgeführt?

Ja  Nein

Wenn ja, in welcher:

Weitere:

**(3) Angaben zur beantragten Projektförderung:**

Welches Projekt soll gefördert werden?

**Name des Projektes:**

Ja, es wurden Mittel für dieses Projekt beantragt und zwar bei:

<input type="text"/>	in Höhe von	<input type="text"/>	EUR
<input type="text"/>	in Höhe von	<input type="text"/>	EUR
<input type="text"/>	in Höhe von	<input type="text"/>	EUR
<input type="text"/>	in Höhe von	<input type="text"/>	EUR
<input type="text"/>	in Höhe von	<input type="text"/>	EUR
<input type="text"/>	in Höhe von	<input type="text"/>	EUR

Nein, bei keiner anderen Stelle wurden Mittel für dieses Projekt beantragt.

Wurden für das Projekt Fördermittel nach den §§ 45d i.V.m. 45c SGB XI für niederschwellige Betreuungsangebote beim Land oder einer Kommune beantragt?

Ja  Nein

Wenn ja, in  in Höhe von  EUR

**(4) Kosten des Projektes** (Bitte füllen Sie den in Anlage II beigefügten Finanzierungsplan vollständig aus oder machen Sie Angaben auf einem separatem Blatt)

**Gesamtkosten des Projektes:**  EUR

**Höhe des Eigenanteils:**  EUR

**Beantragte Mittel bei den o.g. Partnern:**  EUR

**Beantragte Projektförderung in Höhe von:**  EUR

**(5) Bankverbindung:**

**Unsere Selbsthilfegruppe verfügt über ein eigenes Konto**

Bitte überweisen Sie die Förderung auf das für die Zwecke der Selbsthilfegruppe eingerichtete Konto, Treuhandkonto, ein Konto, das für die Gruppe als GbR oder alternativ als Giro-Unterkonto, eröffnet wurde. Dieses Konto wurde für die jeweilige Selbsthilfegruppe angelegt und die Gruppe kann über die volle Förderhöhe verfügen.

Bankinstitut:	
IBAN:	DE _____
BIC:	

**Erklärung des/der Kontoinhabers/in bzw. des/der Verfügungsberechtigten**

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

Ort, Datum	Unterschrift (Verfügungsberechtigte/r der Selbsthilfegruppe)

**Unsere Selbsthilfegruppe verfügt über kein eigenes Konto**

Bitte überweisen Sie die Förderung auf das Unter-Konto der Selbsthilfekontaktstelle / des Verbandes/Vereins. Dieses Konto wurde für die Untergliederung angelegt und ist für die Selbsthilfegruppe verfügbar.

Kontoinhaber/in:	
Anschrift	
Bankinstitut:	
IBAN:	DE _____
BIC:	

**Erklärung des/der Kontoinhabers/in bzw. des/der Verfügungsberechtigten**

Hiermit erklären wir, dass der Selbsthilfegruppe der bewilligte Förderbetrag gemäß § 20h SGB V ohne jeglichen Abzug zur Verfügung steht.

Ort, Datum	Unterschrift (Selbsthilfekontaktstelle/ Verband/ Verein)

**Wir verpflichten uns, die finanziellen Zuschüsse zweckgebunden - gemäß § 20h SGB V - zu verwenden. Die ordnungsgemäße Verwendung der Mittel ist durch entsprechende Nachweise zu belegen. Bei nicht erbrachten Nachweisen bzw. vorsätzlichen falschen Angaben sind die Krankenkassen/verbände berechtigt, die finanziellen Zuwendungen zurückzufordern bzw. die zugesagten Fördermittel nicht auszuzahlen.**

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).

**Die Informationen zum Datenschutz (Anlage III) haben wir zur Kenntnis genommen.**

**Für die Antragstellung sind die Unterschriften von zwei befugten Gruppenmitgliedern notwendig, die die Richtigkeit der Angaben bestätigen.**

Ort, Datum

1. Unterschrift (ggf. Stempel)

Ort, Datum

2. Unterschrift (ggf. Stempel)

**Bitte beachten:**

**Nur vollständige Antragsunterlagen gewährleisten eine zeitnahe Prüfung Ihres Förderantrages. Bitte reichen Sie deshalb alle nachstehenden Unterlagen ein.**

**Diesem Antrag sind folgende Anlagen beigefügt:**

- Projektbeschreibung einschließlich Muster-Projektfinanzierungsplan (Anlage II)
  
- Selbstdarstellung der SHG
- ggf. Presseartikel
- ggf. Flyer/Handzettel
- Sonstiges

**Projektbeschreibung einschl. (Muster-)Projektfinanzierungsplan**

**Zielsetzung des Projektes:**

Three horizontal grey bars for text entry.

**Angesprochene Zielgruppe:**

Three horizontal grey bars for text entry.

**Projektumsetzung/Laufzeit:**

Three horizontal grey bars for text entry.

**Projektort:**

Three horizontal grey bars for text entry.

**Projektbeteiligte/ Kooperationspartner:**

Three horizontal grey bars for text entry.

**Weiterführung (Nachhaltigkeit) nach dem Projektende:**

Three horizontal grey bars for text entry.

## (Muster-)Projektfinanzierungsplan

### Kalkulierte Ausgaben

Raumkosten oder Miete	EUR
Referentenkosten/Honorar (Empfänger bitte benennen)	EUR
Aufwandsentschädigung Referent (Unterkunft/Reisekosten)	EUR
Anzahl der Teilnehmer (TN)	Pers.
Übernachtung pro TN	EUR
Verpflegung pro TN	EUR
Teilnahmegebühr pro TN	EUR
Reisekosten (Wegstreckenentschädigung in Anlehnung an das Bundesreisekostengesetz 0,20 € pro KM - begrenzt auf einen Höchstbetrag von 130,00 €. Bei öffentlichen Verkehrsmitteln bis zur Höhe der niedrigsten Beförderungsklasse. Mögliche Fahrpreisermäßigungen sind zu berücksichtigen.)	EUR
Portokosten	EUR
Gesamtkosten Material (Kopier-/Druckkosten usw.)	EUR
Weitere Sachkosten (bitte einzeln benennen)	EUR

**Kalkulierte Gesamtkosten** **EUR**

### Kalkulierte Einnahmen

Teilnahmegebühren Mitglieder	EUR
Spenden/Erbschaften/Sponsoren (bitte einzeln benennen)	EUR
Zuschüsse anderer Krankenkassen/-verbände gesamt	EUR
Sonstige Einnahmen (bitte einzeln benennen)	EUR

**Kalkulierte Gesamteinnahmen** **EUR**

## **zum Verbleib beim Antragsteller**

### **Informationen zum Datenschutz\***

Die Angaben im Antragsformular werden benötigt, um Ihren Antrag auf Bewilligung einer Förderung zu bearbeiten. Die Rechtsgrundlage dafür ist § 20h SGB V.

Wichtige Voraussetzung zur besseren Umsetzung der Selbsthilfeförderung 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.

Ihre Angaben aus dem Antrag werden für folgende Zwecke verwendet:

- Dokumentation des Fördergeschehens für interne Zwecke der jeweiligen 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 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.

Wenn Sie keine Angaben oder keine vollständigen Angaben machen, kann Ihr Antrag nicht bearbeitet werden. Das könnte dazu führen, dass eine Förderung nicht bewilligt wird. Ihre Angaben werden in elektronischer Form nur solange gespeichert wie sie benötigt werden. Ihre Daten werden daher grundsätzlich nach sechs Jahren nach Abschluss des Förderverfahrens gelöscht.

Nähere Informationen zum Datenschutz, zum Datenschutzbeauftragten und zu Ihren Rechten nach Art. 13 DSGVO erhalten Sie auf der Internetseite der jeweiligen Krankenkasse/des jeweiligen Krankenkassenverbandes.

---

\* Diese Erklärung ist Bestandteil des Förderantrags. Per Unterschrift unter dem Förderantrag nimmt der Antragsteller die Informationen zum Datenschutz zur Kenntnis.