|  |  |
| --- | --- |
|  MittelverwendungsnachweisKassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung - Selbsthilfegruppe -

|  |
| --- |
| Nachweis über die Mittelverwendung gemäß § 20h SGB V für das Förderjahr 2019 |

 |
|  |
|  |
| Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift der Selbsthilfegruppe): |
|       |
|  |
|       |
|  |
|       |
|  |
| Ansprechpartner bei eventuellen Rückfragen (Name): |  | Telefon: |
|       |  |       |
|  |
|  |
| Bewilligungsschreiben vom: |  | Nummer der Selbsthilfegruppe: | Erhaltene Fördermittel: |
|       |  |       |  |       | € |
|  |
| Die Fördermittel wurden gemäß nachstehender Kostenaufstellung verwendet: |
| **[ ]**  | Verwaltungskosten/Miete | EUR       |
| **[ ]**  | Öffentlichkeitsarbeit | EUR       |
| **[ ]**  | Qualifikation/Fortbildung | EUR       |
| **[ ]**  | Tagungs-, Kongressbesuche von Gruppenmitgliedern | EUR       |
| **[ ]**  | Kosten für Gremiensitzungen | EUR       |
| **[ ]**  |  | EUR       |
| **[ ]**  |  | EUR       |
|  |  |  |
| **[ ]**  | Nicht verbrauchte Fördermittel | EUR       |
|  |  |  |
|

|  |
| --- |
| Mit dem vereinfachten Nachweis über die Mittelverwendung bestätigt der Fördermittelempfänger, dass die Fördermittel ausschließlich für gesundheitsbezogene Selbsthilfeaufgaben der Selbsthilfegruppe verwendet wurden. **Belege/Quittungen sind nicht beizufügen, sondern sechs Jahre von Ihnen aufzubewahren.** |

 |
| Zurück an: |
| ARGE Selbsthilfeförderung S-Hc/o SVLFGKK Leistung Kiel (30708)Herrn Thorsten BlunckIm Haspelfelde 24 30173 Hannover | ⎤ |  |  |
|  |       |
|  | Ort, Datum |
|  |  |
|  | 1. Unterschrift (ggf. Stempel) |
|  |  |
| ⎦ | 2. Unterschrift (ggf. Stempel) |