

# Kassenindividuelle Selbsthilfeförderung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland

## Antragsunterlagen Projektförderung

Anschrift für Anträge (Projektförderung):

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland  
Die Gesundheitskasse  
Frau Melanie Wagner / Referat Gesundheitsförderung  
Virchowstr. 30  
67304 Eisenberg

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 mit den erforderlichen Anlagen (s. Seite 7) **nur** vollständig ausgefüllt **und** unterschrieben ein (s. hierzu Seiten 6 u. 8). Änderungen im Antragsvordruck durch den Antragsteller\* sind nicht zulässig.

*(Bitte Zutreffendes ankreuzen)*

**Erstantrag\*\***

**Folgeantrag\*\*\***

\* Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird der Einfachheit halber nur die männliche Form verwendet. Die weibliche Form ist selbstverständlich immer mit eingeschlossen.

\*\* Bei der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland wurde bisher noch nie ein Antrag auf Projektförderung gestellt.

\*\*\* Bei der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland wurde in den Vorjahren bereits ein Antrag auf Projektförderung gestellt.

### 1.1 Kontaktdaten

Sitz der Selbsthilfeeinrichtung (SHE) bzw. Bundesland

Rheinland-Pfalz

Saarland

Name der Selbsthilfeeinrichtung:

Anschrift bzw. Kontaktadresse für den Schriftverkehr:

  

Telefon:

E-Mail:

Fax:

Internet:

### 1.2 Bankverbindung:

Kontoinhaber:

Kreditinstitut:

IBAN\*:

BIC\*:

### 1.3 Angaben zur Selbsthilfeeinrichtung

Treffpunkt der Selbsthilfeeinrichtung (mit Anschrift)\*:

  

Mit welchem Krankheitsbild befasst sich die Selbsthilfeeinrichtung?

Seit wann besteht die SHE?

Ist die SHG offen für neue Mitglieder?\*

Wie viele Mitglieder hat die SHG?\*

Wie viele Personen nehmen regelmäßig an den Gruppentreffen teil?\*

Wie häufig finden Treffen der Gesprächsgruppen/-kreise zum krankheitsbezogenen Austausch statt?\*

**1.4 Angaben zur beantragten Projektförderung:**

Name des Projekts

Laufzeit des Projektes (Datum / von ... bis ...):

Bitte beschreiben Sie kurz das Ziel und den Zweck des geplanten Projektes und wofür der Zuschuss verwendet werden soll:

**1.5 Geplante Ausgaben für das Projekt**

<b>Ausgaben für das Projekt lt. Finanzierungsplan</b>	
Raummiete	EUR
Honorar für Referenten	EUR
Übernachungskosten	EUR
Verpflegung	EUR
Gebühren (z. B. für Seminare, Messestand ...)	EUR
Fahrt-/Reisekosten	EUR
Materialkosten (Bitte nennen): _____	EUR
Größere Anschaffungen für das Projekt (Bitte nennen): _____	EUR
<b>Öffentlichkeitsarbeit</b>	
Broschüre	EUR
Einladungen (Papier, Porto, Telefon)	EUR
Flyer	EUR
Handzettel	EUR
Neueinrichtung einer Homepage für die Selbsthilfegruppe	EUR
<b>Sonstige Kosten:</b>	
_____	EUR
_____	EUR
_____	EUR
<b>Summe der Gesamtausgaben</b>	
	<b>EUR</b>

**1.6 Geplante Einnahmen für das Projekt**

<b>Einnahmen für das Projekt lt. Finanzierungsplan</b>	
<b>Eigene Mittel</b> (Teilnehmerbeiträge, Rücklagen, Verkauf von Produkten etc.)	EUR
<b>Öffentliche Hand</b>	
Landesmittel, Bundesmittel	EUR
Kommunale Mittel	EUR
<b>Zuschüsse anderer Gesetzlicher Krankenversicherungen (nur Projektförderung)</b>	
BARMER-GEK	EUR
BKK	EUR
DAK	EUR
HEK	EUR
HKK	EUR
IKK	EUR
KKH	EUR
Knappschaft	EUR
SVLFG	EUR
TK	EUR
<b>Zuschüsse sonstiger Sozialversicherungsträger</b>	
Pflegeversicherung nach § 45 d i.V. m. § 45 c SGB XI	EUR
Rentenversicherung	EUR
Unfallversicherung	EUR
<b>Sonstige Einnahmen</b>	
Sponsoring (z.B. Pharmaunternehmen, Medizinprodukte-Hersteller)	EUR
Erhaltene Leistungen Dritter (geldwerte Dienstleistungen)	EUR
Spenden oder Zuwendungen von Stiftungen	EUR
Weitere Einnahmen (z.B. aus Lotterien/ Bußgeldern)	EUR
<b>Summe der Gesamteinnahmen</b>	<b>EUR</b>

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

<b>Höhe der beantragten Fördermittel bei der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland</b>	<b>EUR</b>
---	------------

### 1.7 Abschließende Erklärung

Der Antragsteller erklärt, dass

- die Angaben im Antrag richtig und vollständig sind.
- er über eine ordnungsgemäße Geschäfts- und Buchführung und eine entsprechende Verwaltung verfügt.
- die Grundsätze zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit eingehalten werden.
- die im aktuellen GKV-Leitfaden (B.5.3 a und b) genannten Fördervoraussetzungen zur Kontoführung eingehalten werden.

Der Antragsteller nimmt zur Kenntnis, dass bei einem positiven Bescheid kein Anspruch auf Förderung in gleicher Höhe in den folgenden Haushaltsjahren besteht.

Der Antragsteller wird auf Anforderung des Fördermittelgebers ggf. weitere Unterlagen und Nachweise, die für die Beurteilung des Antrags notwendig sind, zur Verfügung stellen. Er nimmt zur Kenntnis, dass der Fördermittelgeber bei vorsätzlich falschen oder grob fahrlässigen Angaben berechtigt ist, die Fördermittel ganz oder teilweise zurückzufordern.

Ort, Datum

#### 1. Vertretungsbefugter\*

Name, Vorname in Druckbuchstaben

#### 2. Vertretungsbefugter\*

Ort, Datum

Name, Vorname in Druckbuchstaben

Stempel

→

Unterschrift – 1. Vertretungsbefugter\*

→

Unterschrift – 2. Vertretungsbefugter\*

\*Sofern eine Vereinssatzung vorliegt, in der nur ein Vertretungsbefugter benannt wird, ist die Benennung/Unterschrift eines Vertretungsbefugten als ausreichend anzusehen.

## 1.8 Anlagen

### **Erstantrag**

(Erstmalige Beantragung von Projektfördermitteln bei der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland)

Folgende Anlagen sind diesem Antrag beigefügt (bitte ankreuzen):	
<input type="checkbox"/>	Datenverwendungserklärung (Anlage 1)
<input type="checkbox"/>	Information über öffentliche regelmäßige Bekanntgabe des Angebotes der Gruppe

### **Folgeantrag**

Folgende Anlagen sind diesem Antrag beigefügt (bitte ankreuzen):	
<input type="checkbox"/>	Datenverwendungserklärung (Anlage 1)

## Datenverwendungserklärung

---

(Anlage 1)

### 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 eventuellen Abstimmung Ihres Antrags innerhalb der GKV oder mit weiteren Fördermittelgebern benötigen wir **zwingend** folgende Einverständniserklärung.

---

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

- 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.

Wir willigen in diese o.g. Datenverwendung ein:

Ort, Datum

Unterschrift



## Nachweis über die Mittelverwendung gemäß § 20 h SGB V

(Anlage 2)

Sitz der Selbsthilfeeinrichtung bzw. Bundesland		<input type="checkbox"/> Rheinland-Pfalz	<input type="checkbox"/> Saarland
Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift der Selbsthilfeeinrichtung):			
Name/Ansprechpartner bei eventuellen Rückfragen:		Telefon:	

Bewilligungsschreiben

Betrag:

vom:


 €

Verwendungszweck (Projekt):

  


Der Empfänger der Fördermittel bestätigt, dass

- die Mitteilungspflichten gem. Leitfaden Selbsthilfeförderung erfüllt sind,
- die Fördermittel wirtschaftlich, sparsam und zweckgebunden verwendet wurden,
- die Fördermittel ausschließlich für satzungsgemäße, gesundheitsbezogene Selbsthilfeaufgaben der Selbsthilfeeinrichtung verwendet wurden.

**Folgende Anlagen sind zusammen mit diesem Verwendungsnachweis vorzulegen:**

- Tätigkeitsbericht bzw. kurzer Sachbericht zum Verlauf des Projekts inkl. Zweck- und Zielerreichung
- Zahlenmäßiger Nachweis der Einnahmen und Ausgaben im Rahmen des Projekts (analog Finanzierungsplan) inkl. Belegliste (s. Anlage 2a)
- Belegexemplar bei Förderung von Medien/Druckerzeugnissen
- Kopien von Veröffentlichungen (z.B. Presseartikel u. ä.)

Zurück an:

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland	]
Die Gesundheitskasse	
Referat Gesundheitsförderung	
Virchowstraße 30	
67304 Eisenberg	]

Ort, Datum



rechtsverbindliche Unterschrift

**Abgabefrist: unaufgefordert an obige Adresse direkt nach Durchführung des Projektes, spätestens bis 31. Dezember des Förderjahres!**

**3. Muster-Belegliste - Anlage zum Mittelverwendungsnachweis**

(Anlage 2a)

<b>Ldf. Nr. Belege</b>	<b>Belegdatum</b>	<b>Empfänger der Zahlung</b>	<b>Kostenart (entsprechend der Kostenart des Finanzierungsplans)</b>	<b>Grund der Auszahlung/ Projektbezug</b>	<b>Betrag (€)</b>	<b>Bemerkung</b>
1	01.01.2018	BAHN AG	Fahrt-/Reisekosten	Fachtagung Berlin 01.01. - 03.01.2018	132,00	