Kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung Saarland

*Selbsthilfegruppen*

|  |
| --- |
| **3. Nachweis über die Mittelverwendung gemäß § 20h SGB V für 2017***(Anlage 2)* |
|  |
| Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift der Selbsthilfegruppe): |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Name/Ansprechpartner/-in bei eventuellen Rückfragen: |  | Telefon: |
|  |  |  |
|  |
|  |
| Bewilligungsschreiben vom: |  | Geschäftszeichen: |  | Betrag: |
|  |  |  |  |  | € |
|  |
| Verwendungszweck: |
|  |
|  |
|  |
| Der Empfänger der Fördermittel bestätigt, dass* die Mitteilungspflichten gem. Leitfaden Selbsthilfeförderung erfüllt sind,
* die Fördermittel wirtschaftlich, sparsam und zweckgebunden verwendet wurden,
* Gegenstände, deren Anschaffungswert 410 Euro (ohne Umsatzsteuer) übersteigen, inventarisiert

 sind,* die Fördermittel ausschließlich für satzungsgemäße gesundheitsbezogene Selbsthilfeaufgaben der

 Selbsthilfegruppe verwendet wurden. |
| **Bitte folgende Nachweise beifügen, wenn die im Jahr erhaltene Pauschalförderung den Betrag von 600 Euro überstiegen haben:** |
| * Tätigkeitsbericht (über die Aktivitäten der Gruppe einschl. regelmäßiger Gesprächskreise)
* Zahlenmäßiger Nachweis: gesamte Einnahmen und Ausgaben in Form eines Jahresabschlusses
* Ggf. Kopie der Rechnung und des Überweisungsbeleges für Ersatz/Anschaffung von Mobiliar und

 technischen Geräten. |
|  |
| Zurück an: |
| GKV- GemeinschaftsförderungSabrina HuneckerReferentin GesundheitsförderungIKK Südwest Berliner Promenade 166111 Saarbrücken  ⎦ |  |  |  |
|  |  |
|  |
|  | Ort, Datum |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  | rechtsverbindliche Unterschrift |

**Abgabefrist: unaufgefordert an obige Adresse bis spätestens 31. Dezember des Förderjahres!**