

# Krankenkassenindividuelle Förderung

nach § 20c SGB V

**AOK – Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz**

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

**Zu den Antragsunterlagen gehören die nachstehenden Anlagen:**

- Anlage 1: Antragsformular für die Projektförderung, einschl. Strukturdaten
- Anlage 2: Datenverwendungserklärung
- Anlage 3: Kostenplan zum Antrag auf Projektförderung
- Anlage 4: Verwendungsnachweis
- Anlage 5: Kontaktadressen für die Antragstellung

## **Antragsvordruck für die örtlichen/regionalen Selbsthilfegruppen zur Beantragung von Projektfördermitteln gemäß § 20c SGB V für das Förderjahr \_\_\_\_\_**

bei \_\_\_\_\_ (bitte Krankenkasse benennen)

### **(1) Angaben zum Antragsteller:**

ggf. Nummer der Selbsthilfegruppe: \_\_\_\_\_

Name der Selbsthilfegruppe:  
\_\_\_\_\_

Anschrift:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Internet: \_\_\_\_\_

Kontaktadresse der Selbsthilfegruppe für den Schriftverkehr

Name: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

AnsprechpartnerIn bei eventuellen Rückfragen zum Antrag

Name: \_\_\_\_\_

Telefon / Email \_\_\_\_\_

Treffpunkt der Selbsthilfegruppe (mit Postleitzahl und Ortsangabe):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Mit welchem Krankheitsbild befasst sich die SHG?

[Redacted area]

Seit wann besteht die SHG?

[Redacted area]

Ist die SHG offen für neue Mitglieder?

[Redacted area]

Wie viele Mitglieder hat die SHG?

[Redacted area]

Wie häufig finden Gruppentreffen (Gesprächsgruppen zum krankheitsbezogenen Austausch) statt?

[Redacted area]

Wie viele Personen nehmen regelmäßig an den Gruppentreffen teil?

[Redacted area]

Wer moderiert die Gruppentreffen?  
(Name, Vorname)

[Redacted area]

Betroffener     Angehöriger     Sonstige (z.B. Arzt, Therapeut etc.)

Ist die SHG Mitglied in einem Landesverband/Bundesverband?

Ja                       Nein

Wenn ja, in welchem:

[Redacted area]

**(3)  Antrag auf Projektförderung**

Name des Projektes:

[Redacted area]

Bitte beschreiben Sie, wofür der Zuschuss verwendet werden soll:

[Redacted area]

[Redacted area]

[Redacted area]

[Redacted area]

[Redacted area]

Gesamtkosten des Projektes:	<input type="text"/>	€
Eigenmittel:	<input type="text"/>	€
Beantragte Projektförderung bei der AOK:	<input type="text"/>	€

Bei welchen Krankenkassen wurden ebenfalls Anträge zur Förderung dieses Projektvorhabens und in welcher Höhe gestellt?

<input type="checkbox"/> BKK		
<input type="checkbox"/> BARMER/GEK	Höhe:	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> DAK	Höhe:	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> TK	Höhe:	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> KKH	Höhe:	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> HEK	Höhe:	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> hkk	Höhe:	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> IKK	Höhe:	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Knappschaft	Höhe:	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> LKK	Höhe:	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Es wurde bei keiner der o.a. Krankenkassen/-verbände Anträge gestellt.		

Bei welchen Institutionen/Unternehmen wurden ebenfalls Fördermittel für das o.a. Projekt beantragt?

<input type="checkbox"/> Bei keiner der nachstehenden Institutionen		
<input type="checkbox"/> Unfallversicherung	Höhe:	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Rentenversicherung	Höhe:	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Pflegeversicherung nach § 45d i.V.m. § 45c SGB XI	Höhe:	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> öffentliche Hand (z.B. Länder, Kommunen)	Höhe:	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Wirtschaftsunternehmen (Pharmaunternehmen, Medizinproduktehersteller etc.)	Höhe:	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Weitere <input type="text"/>	Höhe:	<input type="text"/> €

**Bitte füllen Sie auch den Kostenplan für das Projekt aus (Anlage 3).**

<input type="checkbox"/> <b>Infrastrukturelle Förderung</b>
<input type="checkbox"/> Bereitstellung von Räumen in der AOK
<input type="checkbox"/> Bereitstellung von Informationsmaterialien, Kopien etc.
<input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte kurz erläutern)

<input type="text"/>
<input type="text"/>

**(4) Bankverbindung:**

- Unsere Selbsthilfegruppe verfügt über **ein eigenes Konto**, das für die Gruppe als Gesellschaft bürgerlichen Rechts eingerichtet wurde oder ein von einem Gruppenmitglied für die Gruppe eingerichtetes Treuhandkonto.  
(bitte beachten Sie in diesem Fall die Ausführungen zu \*1)
- Unsere Selbsthilfegruppe verfügt über **kein eigenes Konto**. Es besteht ein (Unter-)Konto des als krankheitsbezogene Selbsthilfeorganisation anerkannten Bundes-, Landes- oder Regionalverbands, das für unsere Gruppe angelegt wurde und über das wir in voller Höhe verfügen können.  
(bitte beachten Sie in diesem Fall die Ausführungen zu \*2)

Die Förderung soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

Kontoinhaber:

Anschrift:

Verfügungsberechtigter der SHG:

Kreditinstitut:

Bankleitzahl:

Kontonummer:

**\*1)** Sofern Ihre Selbsthilfegruppe über ein eigenes Konto verfügt, bitten wir Sie, die nachstehende Erklärung zu unterschreiben.

**Erklärung der/des Verfügungsberechtigten:**  
Hiermit verpflichte ich mich sicherzustellen, dass die Fördermittel ausschließlich für Zwecke der Gruppe verwendet werden, unter Berücksichtigung der Förderrichtlinien. Ich bin verantwortlich für die ordnungsgemäße Verwendung des Geldes sowie für die Ausstellung eines entsprechenden Verwendungsnachweises (ggf. in Zusammenarbeit mit dem Gruppenleiter).

Name, Vorname Datum, Unterschrift

**\*2)** Sofern Ihre Selbsthilfegruppe über kein eigenes Konto verfügt, bitten wir Sie, die nachstehende Erklärung zu unterschreiben.

**Erklärung der/des Verfügungsberechtigten:**  
Hiermit verpflichte ich mich sicherzustellen, dass die Fördermittel ausschließlich für Zwecke der Gruppe verwendet werden, unter Berücksichtigung der Förderrichtlinien sowie der gemeinnützigkeitsrechtlichen Regelungen und der satzungsgemäßen Ziele des Verbandes. Ich bin verantwortlich für die ordnungsgemäße Verwendung des Geldes sowie für die Ausstellung eines entsprechenden Verwendungsnachweises (ggf. in Zusammenarbeit mit dem Gruppenleiter).

Name, Vorname Datum, Unterschrift

**(5) Abschließende Erklärung**

Mit der nachfolgenden Unterschrift bestätigt die Selbsthilfegruppe, dass sie parteipolitisch und weltanschaulich neutral ist und keine kommerziellen Interessen verfolgt. Die Interessenwahrnehmung und -vertretung erfolgt durch Betroffene. Die Selbsthilfegruppe ist zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit den Krankenkassen/ -verbänden bereit. Sie gewährleistet die ordnungsgemäße Durchführung der geförderten Maßnahmen, beachtet die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und erklärt sich bereit, die Verwendungsnachweise der bewilligten Mittel einzureichen.

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 Antragsteller (SHG).

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

Ort, Datum

Unterschrift (und ggf. Stempel)

**Diesem Antrag sind beigelegt:**

- ggf. Projektbeschreibung
- Selbstdarstellung der SHG
- ggf. Presseartikel
- ggf. Flyer/Handzettel
- Sonstiges
- Wir verfügen über keine Materialien

## **Datenverwendungserklärung**

### **Noch eine Bitte in eigener Sache:**

Wichtige Voraussetzung zur besseren Umsetzung der Selbsthilfeförderung nach § 20c 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 und ihrer Verbände 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 bitten Sie deshalb, uns nachfolgend Ihr entsprechendes Einverständnis zu erklären:

**Diese Einverständniserklärung zur weiter gehenden Datenverwendung ist freiwillig und unabhängig von der Bearbeitung Ihres Antrages auf Fördermittel. Ein Widerruf ist jederzeit möglich.**

Einverständniserklärung zur weiter gehenden Datenverwendung:

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

- 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.

Wir willigen in diese weiter gehende Datenverwendung ein:

Datum

Unterschrift

**Kostenplan zum Antrag auf Projektförderung vom:**

Titel des Projektes:

Zeitraum des Projektes:

**Bitte geben Sie die anfallenden Kosten an. Es ist allerdings nicht gewährleistet, dass alle Kosten übernommen werden können.**

**Geplante Ausgaben**

**EURO**

Kosten für Veröffentlichung des Projektes (Flyer/Handzettel)	
Kosten für Einladungen (Papier/Porto/Telefon)	
Raummiete für die Durchführung des Projektes	
Referentenhonorar anlässlich des Projektes	
Größere Anschaffungen für das Projekt (bitte in einer Anlage aufführen)	
Reisekosten anlässlich des Projektes	
Kosten für Übernachtung	
Kosten für Verpflegung	
Materialkosten (bitte in einer Anlage aufführen)	
Gebühren (z. B. für Seminare, .....)	
Sonstige Kosten:	
<b>Gesamtkosten des Projektes</b>	

**Nachweis über die Projektförderung  
gemäß § 20c SGB V für das Förderjahr \_\_\_\_\_ (bitte Jahr eintragen)**

Bitte beachten Sie, dass Sie dieses Formular erst nach Durchführung des Vorhabens /Projektes, spätestens jedoch am 31.12. des Jahres, der/den fördernden Kasse(n) vorlegen müssen.

Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift der Selbsthilfegruppe):	
AnsprechpartnerIn bei eventuellen Rückfragen (Name):	Telefon:

Bewilligungsschreiben vom:	Geschäftszeichen:	Betrag:
		€

Verwendungszweck:

Die Fördermittel wurden ausschließlich für das Projekt <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 300px; height: 1.2em; vertical-align: middle;"></span> verwendet.
Projektabrechnung und kurzer Bericht liegen bei.

Zurück an:

]

Ort, Datum

[

rechtsverbindliche Unterschrift

## Kontaktadressen für die Antragstellung

Bezirk Ost (Alzey, Bad Kreuznach, Bingen, Mainz, Worms)	AOK Regionaldirektion Mainz-Bingen Marina Lang Hintere Bleiche 59 55116 Mainz	Telefon 06131-25 62 16 Email: marina.lang@rp.aok.de
Bezirk Süd-West (Kaiserslautern, Kirchheimbolanden, Kusel, Pirmasens)	AOK Regionaldirektion Kaiserslautern Volker Brendel Kanalstraße 25 67655 Kaiserslautern	Telefon 0631-36 37 112 Email: volker.brendel@rp.aok.de
Bezirk Süd-Ost (Germersheim, Landau, Ludwigs- hafen, Neustadt)	AOK Regionaldirektion Neustadt Gerhard Kruppenbacher Wiesenstr.34 67433 Neustadt	Telefon 06321-89 61 76 Email: gerhard.kruppenbacher@rp.aok.de
Bezirk Nord-Ost (Altenkirchen, Diez, Montabaur, Neuwied)	AOK Regionaldirektion Neuwied Gudrun Seger Hermannstr.37 56564 Neuwied	Telefon 02631-89 21 84 Email: gudrun.seger@rp.aok.de
Bezirk Nord-West (Ahrweiler, Cochem, Koblenz, Mayen, Simmern, Zell)	AOK Regionaldirektion Koblenz Rolf Geifes Rizzastr. 11 56068 Koblenz	Telefon 0261-39 04 104 Email: rolf.geifes@rp.aok.de
Bezirk West (Bitburg-Prüm, Bernkastel-Wittlich Birkenfeld, Daun, Trier-Saarburg)	AOK Regionaldirektion Trier-Saarburg Manfred Heinz Paulinstr.21 54292 Trier	Telefon 0651-20 95 410 Email: manfred.heinz@rp.aok.de