

KASSENARTENÜBERGREIFENDE  
PAUSCHALFÖRDERUNG RHEINLAND-PFALZ

# ANTRAG 2024 SELBSTHILFE ORGANISATIONEN AUF LANDESEBENE

ANTRAGSFRIST  
31. JANUAR 2024

Informationen zum Förderverfahren und zur Förderfähigkeit, z.B. den Leitfaden zur Selbsthilfeförderung und Merkblätter zur Pauschalförderung, können Sie ganzjährig über die Selbsthilfe-Homepage der Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfeunterstützung in Rheinland-Pfalz, kurz LAG KISS RLP, abrufen: [www.selbsthilfe-rlp.de](http://www.selbsthilfe-rlp.de)

Damit die gesetzlichen Krankenkassen über eine Förderung nach § 20h SGB V 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. Ein Rechtsanspruch auf Pauschalförderung und auf eine bestimmte Fördersumme besteht nicht.

Reichen Sie deshalb den Antrag fristgerecht mit den erforderlichen Anlagen (s. Seite 9) nur vollständig ausgefüllt und unterschrieben im Original ein (s. Seiten 8, 12, 21 u. 23). Änderungen im Antragsvordruck durch den Antragsteller sind nicht zulässig. Die Anlagen 3 bis 6 sind nur erforderlich, wenn Sie entsprechende Aufwendungen geltend machen. Anlagen 9 bis 10 sind für Ihre Unterlagen bestimmt.

## 1. ANTRAG PAUSCHALFÖRDERUNG FÜR DAS FÖRDERJAHR 2024

---

### 1.1 Kontaktdaten

---

Name der antragstellenden Selbsthilfelandesorganisation

---

Anschrift für den Schriftverkehr (Adresse der Kontaktperson unter 1.3)

---

Telefon

---

E-Mail

---

Fax

---

Webseite

### 1.2 Bankverbindung

---

Kontoinhaber/-in

---

Kreditinstitut

---

IBAN

### 1.3 Ansprechpartner/-in für Rückfragen

---

Name

---

Telefon

---

E-Mail

---

Fax

## 1.4 Ausgaben

### GESAMTAUSGABEN LT. HAUSHALTSPLAN 2024

#### A | Personalausgaben

Löhne/Gehälter €

Sozialabgaben, Beiträge zu Berufsgenossenschaften etc. €

#### B | Raumkosten/Miete inkl. Betriebskosten

für Landesgeschäftsstelle €

für andere Räumlichkeiten (bitte erläutern) €

#### C | Geschäftsbedarf

Büroausstattung/Büromaterial €

Fachliteratur €

Fernmeldegebühren (Telefon, Fax, Internet) €

Porto €

Bankgebühren €

Sonstiges €

#### D | IT-EDV Bedarf für Verwaltung, Videokonferenzen, Internet, Social Media

(ohne Anschaffungen) Bitte beachten Sie das Merkblatt Nr. 11

Software, Lizenzen €

Regelmäßige Wartungen, technische Anpassungen, Updates, Upgrades €

Umsetzung von Datenschutzbestimmungen, Barrierefreiheit  
bitte Erläuterung beifügen €

#### E | Anschaffungen und Wiederbeschaffungen Bitte beachten Sie das Merkblatt Nr. 3b

PC/Laptop  Messebedarf \_\_\_\_\_

Drucker/Multifunktionsgerät  Mobiliar \_\_\_\_\_ €

Beamer  Webcam/Headset

Sonstiges \_\_\_\_\_

**ÜBERTRAG** €

<b>ÜBERTRAG</b>		€
<b>F   Gebühren für Steuerberatung und Wirtschaftsprüfung</b> <i>Bitte beachten Sie das Merkblatt Nr. 12</i>		
Steuerberatung		
Wirtschaftsprüfung		€
<b>G   Rechtsberatung</b> <i>Bitte beachten Sie das Merkblatt Nr. 12</i>		
<input type="checkbox"/> Eintragung Vereinsregister	<input type="checkbox"/> Satzungsänderungen	
<input type="checkbox"/> Vereinsauflösung	<input type="checkbox"/> Fusion des Vereins	€
<input type="checkbox"/> Klärung von Datenschutzerfordernissen		
<input type="checkbox"/> Sonstiges _____		
<b>H   Versicherungen</b> <i>Bitte beachten Sie das Merkblatt Nr. 13</i>		
<input type="checkbox"/> Haftpflichtversicherung für Ehrenamtliche	<input type="checkbox"/> Veranstalterhaftpflicht	
<input type="checkbox"/> Mietsachschädenversicherung	<input type="checkbox"/> Inventarversicherung	€
<input type="checkbox"/> Elektronikversicherung		
<b>I   Öffentlichkeitsarbeit</b> <i>Bitte beachten Sie das Merkblatt Nr. 4</i>		
Regelmäßige Mitgliederzeitschriften, Newsletter, Flyer		€
Regelmäßige Internet- und Social-Media-Auftritte <i>(ohne: Betriebskosten, Updates, Anschaffungen) – Bitte Erläuterung beifügen</i>		€
Regelmäßige Videos/Podcasts <i>(ohne: Betriebskosten, Updates, Anschaffungen) – Bitte Erläuterung beifügen</i>		€
<b>J   Supervision für Mitglieder des Landesverbandes</b> <i>Bitte beachten Sie das Merkblatt Nr. 14</i>		
Anbieter/Institut _____ Datum _____		
<input type="checkbox"/> Kosten für eine Maßnahme _____ €		€
<input type="checkbox"/> Sonstige _____ in Höhe von _____ €		
<b>K   Teilnahme an Seminaren, Fort- und Weiterbildungen, Schulungen, Suchtkrankenhelferausbildung</b> <i>Bitte beachten Sie das Merkblatt Nr. 15</i> <b>Anlage 3</b>		
<b>L   Teilnahme an Maßnahmen</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Anlage 4 A</b> (Versammlungen, Sitzungen)	€	
<input type="checkbox"/> <b>Anlage 4 B</b> (Selbsthilfetage)	€	€
<input type="checkbox"/> <b>Anlage 4 C</b> (Tagungs-, Kongress-, Messebesuche)	€	
<b>ÜBERTRAG</b>		€

<b>ÜBERTRAG</b>			€
<b>M   Durchführung eigener Veranstaltungen/Aktivitäten/Angebote</b>			
<i>Bitte beachten Sie die Merkblätter Nr. 6, 10 und 16</i>			
<input type="checkbox"/> <b>Anlage 5 A</b> (Selbsthilfevorträge)	€		€
<input type="checkbox"/> <b>Anlage 5 B</b> (Regelmäßige Selbsthilfeaktivitäten)	€		€
<b>N   Organisierter Klinikbesuchsdienst</b> <i>Bitte beachten Sie das Merkblatt Nr. 9</i> <b>Anlage 6</b>			€
<b>O   Sonstige Fahrtkosten</b> <i>(nicht für o.a. Vorhaben). – Bitte beachten Sie das Merkblatt Nr. 9</i>			
<input type="checkbox"/> Förderfähige Fahrtkosten für			€
<b>P   Mitgliedsbeiträge</b>			€
<b>Q   Ausgaben für geplante Projekte, die anderweitig finanziert werden</b>			
<i>(Keine der oben aufgeführten Vorhaben)</i>			
Projektname	Förderer	Ausgaben pro Projekt	
		€	
		€	€
		€	
<b>R) Weitere Ausgaben der Gesamtplanung</b> <i>Auch „nicht förderfähige Aufwendungen“</i>			
			€
			€
			€
			€
<b>SUMME DER GEPLANTEN GESAMTAUSGABEN 2024</b>			€

## 1.5 Planung der gesamten Einnahmen 2024

<b>Eigene Mittel</b>	
Mitgliedsbeiträge	€
Zuweisungen von Dachverbänden/Bundesverband	€
Entnahme aus Rücklagen* <i>(Anlage 2 ist einzureichen, auch wenn Fehlanzeige)</i>	€
Einnahmen aus Zweckbetrieb <i>(z. B. aus Verkauf von Produkten)</i>	€
Sonstige Einnahmen <i>(Zinsen, Erbschaften, Fördervereine etc.)</i>	€
<b>SUMME DER EIGENEN MITTEL</b>	€
<b>Fremde Mittel</b>	
<b>Öffentliche Hand</b> <i>(institutionell/pauschal und Projektförderung)</i>	
Landesmittel, Bundesmittel	€
Kommunale Mittel	€
<b>Zuschüsse der Gesetzlichen Krankenversicherung (nur Projektförderung)</b>	€
<b>Zuschüsse sonstiger Sozialversicherungsträger</b> <i>(institutionell/pauschal und/oder projektbezogen)</i>	
Pflegeversicherung	€
Rentenversicherung	€
Unfallversicherung	€
<b>Sonstige Einnahmen</b>	
Sponsoring <i>(z. B. Pharmaunternehmen, Hersteller von Medizinprodukten)</i>	€
Erhaltene Leistungen Dritter <i>(geldwerte Dienstleistungen)</i>	€
Spenden/Zuwendungen von Stiftungen	€
Weitere Einnahmen <i>(z. B. Aktion Mensch/Lotterien/Bußgelder)</i>	€
	€
	€
<b>SUMME DER FREMDEN MITTEL</b>	€
<b>SUMME DER GEPLANTEN GESAMTEINNAHMEN 2024</b>	€

Sind außergewöhnliche Veränderungen für das Antragsjahr 2024 zu erwarten, z. B. Einnahmen (Erbschaften o. a.) oder Einnahmefälle?

ja

nein

Wenn ja, bitte erläutern

\* Sofern Rücklagen bestehen und diese im Antrag nicht als Eigenmittel ausgewiesen werden, ist dies auf der nächsten Seite zu begründen. - Bei Selbsthilfeorganisationen, die neben den Aufgaben der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe soziale Dienstleistungen erbringen und aus diesen Betätigungen über freie Rücklagen verfügen, reicht bei der Antragstellung der Hinweis, dass diese Rücklagen aufgrund der Komplexität und des Umfangs dieser Aufgaben nicht für die Finanzierung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe eingebracht werden können.

## 1.6 Angaben zur beantragten pauschalen Förderung

---

Welche wiederkehrenden Aufgaben werden auf Landesebene in diesem Förderjahr wahrgenommen? \*

---

Welche gesundheitsbezogenen Arbeitsschwerpunkte und Maßnahmen sollen mit den beantragten pauschalen Fördermitteln realisiert werden? \*

### Anteil des selbsthilfebezogenen Bereiches am Gesamthaushalt

Wenn Ihre Selbsthilfeorganisation neben der originären Selbsthilfearbeit andere Aufgaben wahrnimmt, geben Sie bitte die prozentuale Gewichtung der anderen Tätigkeitsgebiete und Aufgabenbereiche an und reichen Sie nach Möglichkeit entsprechende Teilhaushaltspläne ein

Teilhaushaltspläne sind beigelegt

Der Haushaltsplan bildet die verschiedenen Bereiche differenziert ab.

Sofern Rücklagen/finanzielle Reserven bestehen und diese im Antrag nicht zur Deckung der Ausgaben ausgewiesen werden, ist dies hier zu begründen

Begründung ist auf einem gesonderten Blatt beigelegt.

---

**Bitte tragen Sie hier ein, in welcher Höhe Sie Fördermittel beantragen.  
Setzen Sie die Antragshöhe unter Berücksichtigung aller eigenen Mittel und Einnahmen fest,  
die mit dem Förderzweck zusammenhängen (insbesondere Zuwendungen,  
Leistungen Dritter, Einnahmen aus Sponsoring etc.).**

---

**Höhe der beantragten Fördermittel**

€

---

**Anmerkung:** Die „GKV Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe Rheinland-Pfalz“ wird zu Zwecken der Transparenz den Namen des Fördermittelempfängers und die Förderhöhe veröffentlichen.

### 1.7 Abschließende Erklärung

Der/die Antragstellende erklärt, dass ...

- die Angaben im Antrag richtig und vollständig sind,
- er/sie über eine ordnungsgemäße Geschäfts- und Buchführung und eine entsprechende Verwaltung verfügt,
- die Grundsätze zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit eingehalten werden,
- die Bestimmungen der Datenschutzgesetze und der EU-Datenschutz-Grundverordnung beachtet werden,
- für digitale Angebote und Anwendungen die geltenden Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit gewährleistet werden (gemäß Selbsthilfe-Leitfaden A.5.1 – A.5.4).

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

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

#### 1. Vertretungsbefugte/-r \*

Ort, Datum

(Vor- und Nachname in Druckbuchstaben)

#### 2. Vertretungsbefugte/-r \*

Ort, Datum

(Vor- und Nachname in Druckbuchstaben)

Stempel der  
Landesorganisation



1. Vertretungsbefugte/-r – Unterschrift



2. Vertretungsbefugte/-r – Unterschrift

\* **Der Antrag muss von zwei Vertretungsbefugten unterschrieben werden.**  
Ansonsten kann dieser nicht abschließend bearbeitet werden.





## 2. STRUKTURERHEBUNGSBOGEN FÜR SELBSTHILFEORGANISATIONEN

### ANLAGE 1

---

Datum/Stand der nachstehenden Angaben

---

Name der Selbsthilfeorganisation auf Landesebene

---

Anschrift bzw. Kontaktadresse

---

Vorsitzende/-r bzw. Präsident/-in

---

Ggf. Geschäftsführer/-in

---

Telefon

---

E-Mail

---

Fax

---

Webseite

1

---

Gründungsjahr der Landesorganisation

---

Jahr der Eintragung in das Vereinsregister

---

Falls noch kein e.V., wann ist die Eintragung vorgesehen und was sind die Gründe für die Nichteintragung?

2

---

Anzahl der Einzelmitglieder (natürliche Personen)

---

Anzahl der zugehörigen örtlichen  
Selbsthilfegruppen im Land

3 A

€

---

Höhe der von Ihrer Landesorganisation erhobenen Mitgliedsbeiträge

Falls keine Beträge erhoben werden: Erhalten Sie Zuweisung  
von Mitgliedsbeiträgen durch Ihre Bundesorganisation/BV?

ja

nein

**3 B** Ist Ihre Landesorganisation eine rechtlich unselbständige (nicht rechtsfähige) Untergliederung eines Bundesverbandes? ja  nein

Wenn ja, werden Aufgaben Ihrer Landesorganisation durch den (rechtsfähigen) Bundesverband übernommen, z. B. Mitgliederverwaltung? ja  nein

---

Wenn ja, welche?

**4** Ist Ihre Landesorganisation bundeslandübergreifend aktiv? ja  nein

---

Wenn ja, in welchen Bundesländern?

Wenn ja, wo ist der Sitz der Dachorganisation

**5**  
In welchen übergeordneten Organisationen/Verbänden ist Ihre Landesorganisation Mitglied?

**6** Bietet Ihre Landesorganisation mindestens einmal jährlich Ihren Mitgliedern die Möglichkeit eines Präsenztreffens, z. B. im Rahmen einer Mitgliederversammlung, eines Regionaltreffens, einer Jahrestagung? ja  nein

**7** Anzahl der hauptberuflichen Stellen in der Landesorganisatio  
0  < 1  1 bis 2  3 bis 5  6 bis 10  mehr als 10

**8 A**  
Name der Erkrankung/Behinderung

**8 B** Zuordnung der Erkrankung zum Krankheitsverzeichnis nach § 20h SGB V

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Krankheiten des Kreislaufsystems  | <input type="checkbox"/> Hirnbeschädigungen                                   |
| <input type="checkbox"/> Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, der Gelenke, der Muskeln und des Bindegewebes | <input type="checkbox"/> Endokrine Ernährungs- und Stoffwechsel-Krankheiten   |
| <input type="checkbox"/> Bösartige Neubildungen, Tumorerkrankungen   | <input type="checkbox"/> Infektiöse Krankheiten                               |
| <input type="checkbox"/> Allergische und asthmatische Erkrankungen, Krankheiten des Atmungssystems             | <input type="checkbox"/> Krankheiten des Blutes, des Immunsystems/Immundefekt |

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Verdauungsorgane und des Urogenitaltraktes                       | <input type="checkbox"/> Krankheiten der Sinnesorgane, Hör-, Seh- und Sprachbehinderungen |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen   | <input type="checkbox"/> Chronische Schmerzen   |
| <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen, chronische Krankheiten des Hautanhanggebildes und der Unterhaut | <input type="checkbox"/> Psychische und Verhaltensstörungen, Psychische Erkrankungen      |
| <input type="checkbox"/> Suchterkrankungen   | <input type="checkbox"/> Organtransplantationen   |
| <input type="checkbox"/> Krankheiten des Nervensystems   | <input type="checkbox"/> Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien  |

### 8 C

---

Kurzbeschreibung der Erkrankung/Behinderung (ggf. Flyer/Selbstdarstellung beifügen):

### 8 D

---

Angaben zur Verbreitung der Erkrankung/Behinderung – handelt es sich um eine seltene Erkrankung?

### 9 Selbstdarstellung Ihrer Landesorganisation

Broschüre, Faltblatt, Newsletter, Mitgliederzeitschrift, Homepage (Ausdruck) o. ä. zur Selbstdarstellung der Landesorganisation, Ihrer Ziele und Arbeitsschwerpunkte werden beigelegt.

10 Hat sich Ihre Landesorganisation eigene Leitsätze zur Wahrung der Neutralität und Unabhängigkeit im Umgang mit im Wettbewerb stehenden Wirtschaftsverbänden/-unternehmen gegeben?

ja

nein

---

Ort, Datum



---

Unterschrift eines/einer Vertretungsbefugten

### 3. NACHWEIS DER RÜCKLAGEN/FINANZMITTEL

### ANLAGE 2

Name und Anschrift der antragstellenden Landesorganisation

Ansprechpartner/-in

Telefon

E-Mail

Der „Leitfaden zur Selbsthilfeförderung“ sieht vor, dass **alle eigenen Mittel und Einnahmen**, die mit dem Förderzweck zusammenhängen, **als Deckungsmittel einzusetzen sind**. Zu den eigenen Mitteln zählen auch Rücklagen. Darunter sind alle Finanzmittel in Form von Eigenkapital zu verstehen: **Bank-, Bar-Kassen-Bestände, Geschäftsanteile, Vermögen usw..**

Bitte geben Sie mit diesem Formular Ihre Bestände an. Sofern Rücklagen/Eigenkapital bestehen, gemäß Ihren Angaben in dieser Antragstellung jedoch nicht zur Deckung der Ausgaben verwendet werden, ist dies von Ihnen (ggf. auf einem gesonderten Blatt) zu begründen.

Beachten Sie dazu bitte die Hinweise im Antragsformular Blatt 1.6 sowie auf dem Einnahmenblatt 1.5 die Position „Entnahme aus Rücklagen“ sowie die dazugehörige Fußnote. Vielen Dank.

#### Der Gesamtbestand der Finanzmittel beträgt

zum

bzw. 31.12.2023

€

#### Zweckgebundene Rücklagen

€

Rücklagen, die (dem steuerbegünstigten) satzungsgemäßen Zweck dienen

Verwendung für \_\_\_\_\_  nein  ja →

€

Rücklagen für die Pflege des Vereinsvermögens

Verwendung für \_\_\_\_\_  nein  ja →

€

Betriebsmittelrücklagen für

\_\_\_\_\_  nein  ja →

€

Sonstiges

a) Rücklagen/eigene Finanzmittel, z.B. Eigenmittel, zweckgebundene Spenden

€

Verwendung für \_\_\_\_\_  nein  ja →

b) Rückstellungen, z.B. von Projektfördermitteln

Bitte benennen \_\_\_\_\_

Verwendung für \_\_\_\_\_  nein  ja →

€

#### Nicht zweckgebundene Rücklagen

nein  ja →

€

(Freie Rücklagen/Finanzmittel)

#### Rücklagen aus Zweckbetrieb

nein  ja →

€

**GESAMT**

€

Falls eine Differenz ausgegeben wird, begründen Sie dies bitte gesondert.

**TEILNAHME AN SEMINAREN, FORT-/WEITERBILDUNGEN,  
SCHULUNGEN UND/ODER AN EINER „AUSBILDUNG ZUM  
SUCHTKRANKENHELFER/ZUR SUCHTKRANKENHELFERIN“**

**ANLAGE 3**

**Hinweise**

Nehmen die zugehörigen Mitglieder Ihres Landesverbandes/Ihrer Landesorganisation an dieser Maßnahme teil? Dann ist dies die richtige Anlage. Vorausgesetzt wird, dass die Qualifizierungsmaßnahmen für ehrenamtliche Mitglieder stattfindet. Eine Bezuschussung im angemessenen Rahmen kann erfolgen,

- wenn die Maßnahme abzielt auf die Befähigung zur eigenen Organisations und Verbandsarbeit
- und/oder administrative Tätigkeiten betrifft
- und ehrenamtlich und selbsthilfebezogen ist.

Die Aufwendungen dürfen nicht mehrfach beantragt werden, z. B. gleichzeitig in der Projekt- und der Pauschalförderung.

Bitte beachten Sie im eigenen Interesse die in Rheinland-Pfalz geltenden Förderstandards (sogenannte Deckelungen und Pauschalisierungen). Für die o.a. Maßnahmen sind diese im Merkblatt zur Pauschalförderung Nr. 15 beschrieben. Sie können die Informationen ganzjährig über folgende Homepage abrufen: [www.selbsthilfe-rlp.de](http://www.selbsthilfe-rlp.de)

Wenn Sie mehrere Maßnahmen beantragen möchten, können Sie das Formular vervielfältigen. In diesem Fall bitte alle ausgestellten Anlagenblätter durchnummerieren. Die Ausgabensummen aller **Anlagen 3** bitte aufaddieren und in die Antragsseite „Gesamtausgaben“ auf Seite 4) übertragen.

Titel/Bezeichnung der Maßnahme

Veranstaltungsort

Beginn und Ende der Maßnahme

Anzahl der Teilnehmer/-innen

Veranstalter/Träger der Maßnahme

---

Kurze Beschreibung der Maßnahme

---

Zielsetzung: Was soll mit dem Vorhaben erreicht werden?

---

Sonstige Anmerkungen und Erläuterungen

**AUSGABEN FÜR DIESE MASSNAHME**

---

€

---

€

---

€

---

€

---

**GESAMTAUSGABEN** (Bitte in das Ausgabenblatt in Position K übertragen)

€

**EINNAHMEN FÜR DIESE MASSNAHME** (ohne GKV-Pauschalförderung)

(z.B. Teilnehmer-Kostenbeiträge / Eigenanteil, Verwendung von Spenden, Eigenmitteln, Zuschüssen)

---

€

---

€

---

€

---

€

---

€

---

€

---

€

---

**EINNAHMENBETRÄGE** (Bitte in das Gesamteinnahmenblatt 1.5 übertragen)

€

## **TEILNAHME AN DELEGIERTEN-/MITGLIEDERVERSAMMLUNGEN UND AN ÜBERREGIONALEN GREMIENSITZUNGEN**

### **ANLAGE 4 A**

---

#### **Hinweise**

Nehmen die zugehörigen Mitglieder Ihres Landesverbandes/Ihrer Landesorganisation an dieser Maßnahme teil? Dann ist dies die richtige Anlage. Die Aufwendungen dürfen nicht mehrfach beantragt werden, z. B. in der Projekt- und der Pauschalförderung.

---

Bitte beachten Sie im eigenen Interesse die in Rheinland-Pfalz geltenden Förderstandards (sogenannte Deckelungen und Pauschalisierungen). Für die o.a. Anlässe sind diese im Merkblatt zur Pauschalförderung Nr. 7 beschrieben. Sie können die Informationen ganzjährig über folgende Homepage abrufen: [www.selbsthilfe-rlp.de](http://www.selbsthilfe-rlp.de)



# ANLAGE 4 A – TEILNAHME AN DELEGIERTEN-/MITGLIEDERVERSAMMLUNGEN UND AN ÜBERREGIONALEN GREMIENSITZUNGEN

## FAHRTKOSTEN – AUTO/BAHN

Datum	Name der Maßnahme	Veranstalter	Ort	KFZ-Kilometer (gesamt)	KFZ-Fahrtkosten (gesamt)	Bahnfahrt (2. Klasse) p.P.	Bahnfahrt (2. Klasse) gesamt
1				km	€	€	€
2				km	€	€	€
3				km	€	€	€
4				km	€	€	€
				<b>GESAMT</b>	<b>€</b>		<b>€</b>

## ÜBERNACHTUNGSKOSTEN OHNE VERPFLEGUNG

Datum	Name der Maßnahme	Veranstalter	Ort/Bemerkungen	Kosten p.P. und Nacht	Anzahl der Personen	Gesamtkosten
1				€		€
2				€		€
3				€		€
4				€		€
					<b>GESAMT</b>	<b>€</b>

## GEBÜHREN, Z. B. FÜR MESSESTÄNDE, TEILNAHME-/EINTRITTSGELDER, FÜR TAGUNGSUNTERLAGEN

Datum	Name der Maßnahme	Veranstalter	Ort/Bemerkungen	Kosten p.P.	Anzahl der Personen	Gesamtkosten
1				€		€
2				€		€
3				€		€
4				€		€
					<b>GESAMT</b>	<b>€</b>

Hinweis:

## TEILNAHME AN GESUNDHEITS- UND SELBSTHILFETAGEN

## ANLAGE 4 B

### Hinweise

Nehmen die zugehörigen Mitglieder Ihres Landesverbandes/Ihrer Landesorganisation an dieser Maßnahme teil? Dann ist dies die richtige Anlage. Die Aufwendungen dürfen nicht mehrfach beantragt werden, z. B. in der Projekt- und der Pauschalförderung.

Dieses Formular ist betreffend der Teilnahme an o.a. Veranstaltungen (z.B. Selbsthilfemeile am Rheinland-Pfalz-Tag) und/oder Mitwirkung (Infostand der Landesorganisation) zu verwenden, nicht für selbstorganisierte Veranstaltungen Ihrer Landesorganisation.

Bitte beachten Sie im eigenen Interesse die in Rheinland-Pfalz geltenden Förderstandards (sogenannte Deckelungen und Pauschalisierungen). Für die o.a. Anlässe sind diese im Merkblatt zur Pauschalförderung Nr. 6 beschrieben. Sie können die Informationen ganzjährig über folgende Homepage abrufen: [www.selbsthilfe-rlp.de](http://www.selbsthilfe-rlp.de)

Wenn Sie mehrere Maßnahmen beantragen möchten, können Sie das Formular vervielfältigen. In diesem Fall bitte alle ausgestellten Anlagenblätter durchnummerieren. Die Ausgabensummen aller Anlagen 4 B bitte aufaddieren und in die Antragsseite „Gesamtausgaben“, Position I übertragen.

**FAHRTKOSTEN – AUTO/BAHN**

Datum	Name der Maßnahme	Veranstalter	Ort	KFZ-Kilometer (gesamt)	KFZ-Fahrtkosten (gesamt)	Bahnfahrt (2. Klasse) p.P.	Bahnfahrt (2. Klasse) gesamt
1				km	€	€	€
2				km	€	€	€
3				km	€	€	€
4				km	€	€	€
				<b>GESAMT</b>	<b>€</b>		<b>€</b>

**ÜBERNACHTUNGSKOSTEN OHNE VERPFLEGUNG**

Datum	Name der Maßnahme	Veranstalter	Ort/Bemerkungen	Kosten p.P. und Nacht	Anzahl der Personen	Gesamtkosten
1				€		€
2				€		€
3				€		€
4				€		€
					<b>GESAMT</b>	<b>€</b>

**GEBÜHREN, Z. B. FÜR MESSESTÄNDE, TEILNAHME-/EINTRITTSGELDER, FÜR TAGUNGSUNTERLAGEN**

Datum	Name der Maßnahme	Veranstalter	Ort/Bemerkungen	Kosten p.P.	Anzahl der Personen	Gesamtkosten
1				€		€
2				€		€
3				€		€
4				€		€
					<b>GESAMT</b>	<b>€</b>

Hinweis:

Bei Bedarf diese Blatt einfach duplizieren oder mehrfach drucken. Die Übernahme in das Ausgabenblatt in Postion L muss manuell erfolgen.

## TEILNAHME AN TAGUNGEN/KONGRESSEN/ GESUNDHEITSMESSEN

### ANLAGE 4 C

#### Hinweise

Nehmen die zugehörigen Mitglieder Ihres Landesverbandes/Ihrer Landesorganisation an diesen Veranstaltungen teil? Dann ist dies die richtige Anlage. Dieses Formular ist nur betreffend der Teilnahme an o.a. Veranstaltungen zu verwenden, nicht für selbstorganisierte Anlässe dieser Art. Die Aufwendungen dürfen nicht mehrfach beantragt werden, z. B. in der Projekt- und der Pauschalförderung.

Bitte beachten Sie im eigenen Interesse die in Rheinland-Pfalz geltenden Förderstandards (sogenannte Deckelungen und Pauschalisierungen). Für die o.a. Anlässe sind diese im Merkblatt zur Pauschalförderung Nr. 8 beschrieben. Sie können die Informationen ganzjährig über folgende Homepage abrufen: [www.selbsthilfe-rlp.de](http://www.selbsthilfe-rlp.de)

# ANLAGE 4 C – TEILNAHME AN TAGUNGEN/KONGRESSEN/GESUNDHEITSMESSEN

## FAHRTKOSTEN – AUTO/BAHN

Datum	Name der Maßnahme	Veranstalter	Ort	KFZ-Kilometer (gesamt)	KFZ-Fahrtkosten (gesamt)	Bahnfahrt (2. Klasse) p.P.	Bahnfahrt (2. Klasse) gesamt
1				km	€	€	€
2				km	€	€	€
3				km	€	€	€
4				km	€	€	€
<b>GESAMT</b>					<b>€</b>		<b>€</b>

## ÜBERNACHTUNGSKOSTEN OHNE VERPFLEGUNG

Datum	Name der Maßnahme	Veranstalter	Ort/Bemerkungen	Kosten p.P. und Nacht	Anzahl der Personen	Gesamtkosten
1				€		€
2				€		€
3				€		€
4				€		€
<b>GESAMT</b>						<b>€</b>

## GEBÜHREN, Z. B. FÜR MESSESTÄNDE, TEILNAHME-/EINTRITTSGELDER, FÜR TAGUNGSUNTERLAGEN

Datum	Name der Maßnahme	Veranstalter	Ort/Bemerkungen	Kosten p.P.	Anzahl der Personen	Gesamtkosten
1				€		€
2				€		€
3				€		€
4				€		€
<b>GESAMT</b>						<b>€</b>

Hinweis:

Bei Bedarf diese Blatt einfach duplizieren oder mehrfach drucken. Die Übernahme in das Ausgabenblatt in Position L muss manuell erfolgen.

## DURCHFÜHRUNG VON VORTRÄGEN/ VORTRAGSVERANSTALTUNGEN

### ANLAGE 5 A

#### Hinweis

Veranstaltet Ihr Landesverband/Ihre Landesorganisation diese Maßnahme? Dann ist dies die richtige Anlage. Zuschussfähig im angemessenen Rahmen sind Vorträge von Referenten, die von Ihrer Organisation für ihre Mitglieder und ggf. für weitere Teilnehmer zum Thema der Krankheit oder deren Bewältigung angeboten werden. Die Aufwendungen dürfen nicht mehrfach beantragt werden, z. B. in der Projekt- und der Pauschalförderung.

Bitte beachten Sie im eigenen Interesse die in Rheinland-Pfalz geltenden Förderstandards (sogenannte Deckelungen und Pauschalisierungen). Für die o.a. Anlässe sind diese im Merkblatt zur Pauschalförderung Nr. 6 und 10 beschrieben. Sie können die Informationen ganzjährig über folgende Homepage abrufen: [www.selbsthilfe-rlp.de](http://www.selbsthilfe-rlp.de)

Wenn Sie mehrere Maßnahmen beantragen möchten, können Sie das Formular vervielfältigen. In diesem Fall bitte alle ausgestellten Anlagenblätter durchnummerieren. Die Ausgabensummen aller Anlagen 5 A bitte aufaddieren und in die Ausgabenseite Antragsposition M ) übertragen.

Bezeichnung der Vortragsveranstaltung

Datum

Veranstaltungsort

Referent/-in | Firma/Institution/Verband

Räumlichkeit

Thema und Inhalt des Vortrags

Wird der Vortrag öffentlich angeboten

ja

nein

Wie viele Personen Ihrer Einrichtung  
werden erwartet?

Wie viele Teilnehmer werden insgesamt  
erwartet?



## DURCHFÜHRUNG VON REGELMÄßIGEN AKTIVITÄTEN UND ANGEBOTEN

### ANLAGE 5 B

#### Hinweis

Veranstaltet Ihr Landesverband/Ihre Landesorganisation diese Maßnahme? Dann ist dies die richtige Anlage. Zuschussfähig im angemessenen Rahmen sind von der Landesorganisation regelmäßig selbst durchgeführte eigene Veranstaltungen, Aktivitäten und Aufgaben, die einen engen Bezug zu selbsthilfebezogenen Aufgaben haben. Die Aufwendungen dürfen nicht mehrfach beantragt werden, z. B. in der Projekt- und der Pauschalförderung.

Bitte beachten Sie im eigenen Interesse die in Rheinland-Pfalz geltenden Förderstandards (sogenannte Deckelungen und Pauschalisierungen). Für die o.a. Anlässe sind diese im Merkblatt zur Pauschalförderung Nr. 10 und Nr. 16 beschrieben. Sie können die Informationen ganzjährig über folgende Homepage abrufen:  
[www.selbsthilfe-rlp.de](http://www.selbsthilfe-rlp.de)

Wenn Sie mehrere Maßnahmen beantragen möchten, können Sie das Formular vervielfältigen. In diesem Fall bitte alle ausgestellten Anlagenblätter durchnummerieren. Die Ausgabensummen aller Anlagen 5 B bitte aufaddieren und in die Ausgabenseite Antragsposition M) übertragen.

Bezeichnung des Vorhabens

Datum/Beginn

Veranstaltungsort und Räumlichkeit

Ist die Maßnahme nur auf Mitglieder beschränkt oder wird diese in der Öffentlichkeit angeboten

ja

nein

Beschreibung der Maßnahme

Zielsetzung | Was soll mit dem Vorhaben erreicht werden?

Zielgruppe: Welche Teilnehmenden werden eingeladen?



---

Teilnehmer/-innen (Prognose)

Wie oft wird das Vorhaben durchgeführt?

---

Begründung der Wirtschaftlichkeit: Die Ausgaben für die o.a. Maßnahme sind angemessen und zweckmäßig, weil ...

---

Sind Kooperationspartner, Dienstleister usw. beteiligt? Wenn ja, welche?

---

Sonstige Anmerkungen und Erläuterungen

**AUSGABEN FÜR DIESE MAßNAHME**

---

	€
	€
	€
	€
	€
	€
	€
	€
<b>GESAMT</b>	<b>€</b>

Summe der Ausgaben bitte in das Ausgabenblatt des Antrags Position M übertragen

---

**EINNAHMEN FÜR DIESE MAßNAHME** (ohne GKV-Pauschalförderung)  
(z.B. Teilnehmer-Kostenbeiträge / Eigenanteil, Verwendung von Spenden, Eigenmitteln, Zuschüssen)

---

	€
	€
	€
	€
	€
	€
	€
	€
<b>GESAMT</b>	<b>€</b>

Summe der Einnahmen bitte im Gesamteinnahmenblatt des Antrags (1.5.) berücksichtigen.

**ORGANISierter KLINIKBESUCHSDIENST/  
PATIENTENBESUCHERDIENST**

**ANLAGE 6**

**Hinweise**

Führt Ihr Landesverband/Ihre Landesorganisation diese Maßnahmen durch? Dann ist dies die richtige Anlage. Zuschussfähig sind Organisierte Klinikbesuchsdienste/ Patientenbesucherdienste in Kliniken und Krankenhäusern im Rahmen ehrenamtlicher Betroffenenarbeit und Kooperationen mit den Einrichtungen. Die Aufwendungen dürfen nicht mehrfach beantragt werden, z. B. in der Projekt- und der Pauschalförderung.

Bitte beachten Sie im eigenen Interesse die in Rheinland-Pfalz geltenden Förderstandards (sogenannte Deckelungen und Pauschalisierungen). Für die o.a. Anlässe sind diese im Merkblatt zur Pauschalförderung Nr. 9 beschrieben. Sie können die Informationen ganzjährig über folgende Homepage abrufen: [www.selbsthilfe-rlp.de](http://www.selbsthilfe-rlp.de)

Bitte fassen Sie soweit möglich die Fahrten pro Klinik/Krankenhaus zusammen, z. B. 4x jährlich Klinik X, 12x jährlich Klinik Y usw.

Geben Sie bitte an, auf welcher Grundlage die Angaben gemacht werden:

Planung/Schätzung für das Antragsjahr

Werte des Vorjahres

**AUSGABEN**

Anzahl der Dienste bzw. Datum	Name der Klinik/ des Krankenhauses	Ort	Kilometer pro Dienst (Hin- und Rückfahrt)	Fahrtkosten (gesamt)
1			km	€
2			km	€
3			km	€
<b>GESAMT</b>				€

Summe bitte in das Ausgabenblatt des AntragsPosition N übertragen.

**EINNAHMEN FÜR DIESE MAßNAHME** (ohne GKV-Pauschalförderung)

(z.B. Verwendung von Spenden, Eigenmitteln, Zuschüssen)

1		€
		€
2		€
		€
3		€
		€
<b>GESAMT</b>		€

Summe der Einnahmen bitte im Gesamteinnahmenblatt des Antrags (1.5.) berücksichtigen.

## 4. DATENVERWENDUNGSERKLÄRUNG

## ANLAGE 7

### **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 Antragsbearbeitung und eventuellen Abstimmung Ihres Antrags innerhalb der GKV, mit weiteren Fördermittelgebern und/oder mit zuständigen Selbsthilfeorganisationen/Selbsthilfekontaktstellen ist die folgende Einverständniserklärung **zwingend erforderlich**.

### **Einwilligung**

#### **Die Angaben aus dem Antrag dürfen für folgende Zwecke verwendet werden:**

- Antragsbearbeitung,
- 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,
- Aufnahme in Adressverteiler für die Weitergabe von Informationen für die Selbsthilfe, Einladungen zu Selbsthilfetagungen und für die Zusendung von kasseninternen Selbsthilfeeinformationen.



Ort, Datum

Unterschrift eines/einer Vertretungsbefugten

## 5. ERKLÄRUNG ZUR WAHRUNG VON NEUTRALITÄT UND UNABHÄNGIGKEIT

## ANLAGE 8

### Erklärung zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe zum Umgang mit Wirtschaftsunternehmen bei gleichzeitiger Förderung durch die Krankenkassen und/oder ihre Verbände nach § 20h SGB V

#### PRÄAMBEL

Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen richten ihre fachliche und politische Arbeit an den Bedürfnissen und Interessen von behinderten und chronisch kranken Menschen und deren Angehörigen aus. Sie fördern die Selbstbestimmung behinderter und chronisch kranker Menschen.

Der Umgang mit Wirtschaftsunternehmen darf die Unabhängigkeit der Selbsthilfe nicht einschränken und muss transparent sein. Damit die Neutralität und Unabhängigkeit der Selbsthilfe auch künftig gewahrt wird, haben die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Selbsthilfe bereits seit längerer Zeit eigene ausführliche Leitsätze veröffentlicht. Diese stehen allen Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen zur Verfügung. Darüber hinaus beraten die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Selbsthilfe die Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen über die Zielsetzung und den Regelungsgehalt dieser Leitsätze in der Praxis.

Mit der nachfolgenden Erklärung verpflichtet sich der/die Antragstellende zur Wahrung seiner/ihrer Neutralität und Unabhängigkeit. Diese Erklärung wurde einvernehmlich mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Selbsthilfe und den Spitzenverbänden der Krankenkassen erarbeitet und gilt seit dem Förderjahr 2007. Sie basiert auf den bereits existierenden Leitsätzen der organisierten Selbsthilfe.

#### ERKLÄRUNG

##### 1. Autonomie der Selbsthilfe

Die Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen können finanzielle Zuwendungen von Personen des privaten und öffentlichen Rechts, von Organisationen und von Wirtschaftsunternehmen entgegennehmen, sofern dadurch keine Abhängigkeit begründet wird. Dazu ist Voraussetzung, dass keine überwiegende Finanzierung der Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen durch Wirtschaftsunternehmen erfolgt (z.B. Pharma-, Medizinprodukte-Industrie, Hilfsmittelhersteller). In allen Bereichen der Zusammenarbeit mit Wirtschaftsunternehmen muss die Autonomie über die Inhalte ihrer Arbeit, deren Umsetzung sowie die Verwendung der Mittel bei der Selbsthilfe verbleiben.

## 2. Datenschutz

Sollten Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen personenbezogene Daten weitergeben, werden die Bestimmungen des Datenschutzes eingehalten.

## 3. Information

Sofern Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen Wirtschaftsunternehmen Kommunikationsrechte wie z.B. das Recht auf die Verwendung des Vereinsnamens oder des Logos in Publikationen, Produktinformationen, Internet, Werbung oder bei Veranstaltungen gewähren, sind hierüber schriftliche Vereinbarungen zu treffen. Sie sind auf Aufforderung zu veröffentlichen.

Ausgeschlossen ist die unmittelbare oder mittelbare Bewerbung von Produkten, Produktgruppen oder Dienstleistungen zur Diagnose und Therapie von chronischen Erkrankungen oder Behinderungen.

## 4. Veranstaltungen

Die Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen tragen dafür Sorge, dass bei von ihnen organisierten und durchgeführten Veranstaltungen stets die Neutralität und Unabhängigkeit gewahrt bleiben. Dieser Anspruch gilt auch für organisatorische Fragen. Die Auswahl des Tagungsortes, der Rahmen, der Ablauf und die Inhalte der Veranstaltung werden von der Selbsthilfe bestimmt. Reisekosten sollen sich grundsätzlich an Bundes- bzw. den Landesreisekostengesetzen orientieren. Sofern Honorare gezahlt werden, sind diese maßvoll zu bemessen. Daten von Teilnehmern an Veranstaltungen werden nicht an Wirtschaftsunternehmen weitergegeben.

---

Ort, Datum



---

Unterschrift eines/einer Vertretungsbefugten

## KONTAKTADRESSE FÜR DIE ANTRAGSTELLUNG

## ANLAGE 9

Anträge auf Pauschalförderung bitte nur bei folgendem Federführer abgeben

### FEDERFÜHRER 2024

**AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse**  
**Markt und Service**  
**Rizzastr. 11, 56068 Koblenz**  
**Telefon 0261 3904-240**  
**E-Mail: gisela.stichler@rps.aok.de**



Die kassenartenübergreifende Pauschalförderung nach § 20h SGB V im Land Rheinland-Pfalz wird durch die „GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe Rheinland-Pfalz“ gewährleistet.

### Mitglieder der GKV-Gemeinschaftsförderung in Rheinland-Pfalz



#### **AOK Rheinland-Pfalz/Saarland Die Gesundheitskasse**

Stefanie Lind  
Rizzastraße 11 in 56068 Koblenz  
Telefon 0261/3904-101  
stefanie.lind@rps.aok.de

#### **IKK Südwest**

Kirsten Beck  
Hoevelstraße 19-23 in 56073 Koblenz  
Telefon 0261/8996-7102, Fax 0261/8996-7195  
kirsten.beck@ikk-sw.de

#### **SVLFG - Landwirtschaftliche Krankenkasse**

Elmar Reuter  
Theodor-Heuss-Straße 1 in 67346 Speyer  
Telefon 0561/785-12061, Fax 0561/785-219009  
elmar.reuter@svlfg.de

#### **BKK Landesverband Mitte**

Andrea May  
Wallstraße 88 in 55122 Mainz  
Telefon 06131/3305-18, Fax 06131/3305-72  
andrea.may@bkkmitte.de

#### **KNAPPSCHAFT – Regionaldirektion Saarbrücken**

Iris Neuhardt  
St. Johanner Straße 46-48 in 66111 Saarbrücken  
Telefon 0681/4002-1314, Fax 0234/97838-13588  
iris.neuhardt@kbs.de

#### **vdek Landesvertretung Rheinland-Pfalz**

Sarah Dreis  
Wilhelm-Theodor-Römheld Straße 22  
in 55130 Mainz  
Telefon 06131/98255-11  
sarah.dreis@vdek.com

# NACHWEIS ÜBER DIE MITTELVERWENDUNG GEM. § 20H SGB V ANLAGE 10

„GKV-Gemeinschaftsförderung  
Selbsthilfe Rheinland-Pfalz“  
c/o AOK Rheinland-Pfalz/Saarland –  
Die Gesundheitskasse.  
z. Hd. Gisela Stichler  
Rizzastraße 11  
56068 Koblenz

**BITTE UNAUFGEFORDERT  
BIS SPÄTESTENS  
31. DEZEMBER 2024  
ZURÜCKSCHICKEN.**

Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift der Selbsthilfelandesorganisation)

€

Telefon

Bewilligung vom

Bewilligter 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 800 € (ohne Mehrwertsteuer) übersteigt, inventarisiert sind,
- die Fördermittel ausschließlich für satzungsgemäße gesundheitsbezogene Selbsthilfeaufgaben der Landesorganisation verwendet wurden.

**Bitte folgende Nachweise beifügen**

- Jahres- oder Tätigkeitsbericht 2024 (ggf. als Entwurfsfassung)
- zahlenmäßiger Nachweis: gesamte Einnahmen und Ausgaben des Jahres 2024 in Form eines Jahresabschlusses (ggf. als Entwurfsfassung)
- Nachweis über die ordnungsgemäße Buchführung (**letzter Bericht der Kassenprüfer oder eines Wirtschaftsprüfers**)

## 1. Vertretungsbefugte/-r \*

Ort, Datum

Name in Druckbuchstaben



rechtsverbindliche  
Unterschrift

## 2. Vertretungsbefugte/-r \*

Ort, Datum

Name in Druckbuchstaben



rechtsverbindliche  
Unterschrift

\* **Bitte beachten:** Das Nachweisblatt **muss von zwei Vertretungsbefugten** unterschrieben werden. Ansonsten kann der Verwendungsnachweis nicht abschließend bearbeitet werden.