



## **Kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung**

### **nach § 20c SGB V**

### **Antragsunterlagen für die Förderung**

### **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 Pauschalförderung, einschl. Strukturdaten
- Anlage 2: Datenverwendungserklärung
- Anlage 3: Verwendungsnachweis
- Anlage 4: Kontaktadresse für die Antragstellung

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

**(1) Angaben zum Antragsteller:**

ggf. Nummer der Selbsthilfegruppe:

Name der Selbsthilfegruppe:

Anschrift:

Telefon:

Fax:

Email:

Internet:

AnsprechpartnerIn/Gruppenleitung (mit Anschrift und Telefonnummer, wenn abweichend zu o.a. Angaben):

Treffpunkt der Selbsthilfegruppe (mit Anschrift und Telefonnummer, wenn abweichend zu o.a. Angaben):

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

Mit welchem Krankheitsbild befasst sich die SHG?

Seit wann besteht die SHG?

Wieviele Mitglieder hat die SHG?

Wie häufig finden Gruppentreffen statt?

Ist die SHG Mitglied in einem Landesverband?

Ja  Nein

Wenn ja, in welchem:

Muss die SHG Raummiete bezahlen?

Ja  Nein

Wenn ja, an wen und in welcher Höhe?

Wird die Gruppe angeleitet/moderiert?

Ja  Nein

**(3) Angaben zur beantragten pauschalen Förderung:**

Bitte beschreiben Sie, wofür der pauschale Zuschuss verwendet werden soll:

Es wird hiermit ein pauschale Förderung beantragt in Höhe von:  €

Weitere Anträge für dieses Förderjahr wurden gestellt bei:

Öffentliche Hand (z.B. Land, Kommunen)

Unfallversicherung

Rentenversicherung

Private Krankenversicherung

Landesverband (bei Mitgliedschaft)

Wirtschaftsunternehmen

Weitere:

Es wurde bei keiner der vorgenannten Institutionen ein Antrag gestellt.

**(4) Bankverbindung:**

- Unsere Selbsthilfegruppe verfügt über ein eigenes Konto.
- Unsere Selbsthilfegruppe verfügt über **kein** eigenes Konto  
(bitte beachten Sie in diesem Fall die Ausführungen zu \*1) oder \*2)

Die Förderung soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

Kontoinhaber:

Anschrift:

Kreditinstitut:

Bankleitzahl:

Kontonummer:

**\*1)** Sofern Ihre Selbsthilfegruppe über kein eigenes Konto verfügt, können Zuschüsse auch auf Privatkonten von Mitgliedern Ihrer Selbsthilfegruppe gezahlt werden. In diesem Fall bitten wir Sie, die nachstehende Erklärung zu unterschreiben.

**Erklärung**

Hiermit erkläre ich, dass ich stellvertretend für die Selbsthilfegruppe die Fördermittel durch die Krankenkassen/-verbände in Empfang nehme. Ich bin verantwortlich für die ordnungsgemäße Verwendung des Geldes, sowie für die Ausstellung eines entsprechenden Verwendungsnachweises.

Name, Vorname

Datum, Unterschrift

**\*2)** Sofern Ihre Selbsthilfegruppe über kein eigenes Konto verfügt, können Zuschüsse auch auf das Konto Ihres Landesverbandes gezahlt werden. In diesem Fall bitten wir Sie, die nachstehende Abtretungserklärung zu unterschreiben.

**Abtretungserklärung**

Hiermit erkläre ich mich stellvertretend für die Selbsthilfegruppe damit einverstanden, dass der bewilligte Zuschuss der Krankenkassen/-verbände zur Selbsthilfeförderung nach § 20c SGB V dem

Name des Landesverbandes

überwiesen und von diesem ohne jeglichen Abzug in einer Summe an die Selbsthilfegruppe ausbezahlt wird.


Datum, Unterschrift

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 anderen Antragsteller (SHG).

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

  
Ort, Datum

  
Unterschrift (und ggf. Stempel)

**Diesem Antrag sind beigelegt:**

- 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

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

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

Bewilligungsschreiben vom:	Geschäftszeichen:	Betrag:
		€

Verwendungszweck:

Die Fördermittel wurden ausschließlich für gesundheitsbezogene Selbsthilfeaufgaben der Selbsthilfegruppe verwendet.
---

Zurück an:  
"GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe  
Rheinland-Pfalz"  
c/o VdAK/AEV Landesvertretung  
Göttelmannstr. 17

55130 Mainz  
[ ]

Ort, Datum

rechtsverbindliche Unterschrift

## **Kontaktadresse für die Antragstellung**

---

Die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung im Land Rheinland-Pfalz wird durch die "GKV- Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe Rheinland-Pfalz" gewährleistet:

**Federführer im Jahr 2008:**

**VdAK/AEV Landesvertretung Rheinland-Pfalz**

Frau Heike Stammer  
Göttelmannstr.17  
55130 Mainz  
Tel.: 0 61 31 / 98 25 5 37  
Fax: 0 61 31 / 83 20 15  
E-Mail: Heike.Stammer@vdak-aev.de

---

**Auskunft und Beratung im Rahmen der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung in Rheinland-Pfalz erteilen auch:**

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

Frau Petra Sandmann-Gilles  
Virchowstr. 30, 67304 Eisenberg  
Tel.: 0 63 51/ 403-478  
Fax: 0 63 51/ 403-710  
E-Mail: petra.sandmann-gilles@rp.aok.de

**IKK Südwest Plus**

Frau Gabriele Weber  
Isaac-Fulda-Allee 7, 55124 Mainz  
Tel.: 0 61 31/ 28 22-112  
Fax: 0 61 31/ 28 22-289  
E-Mail: gabriele.weber@swp.ikk.de

**Landwirtschaftliche Krankenkasse Hessen,  
Rheinland-Pfalz und Saarland**

Herr Herbert Schmitt  
Theodor-Heuss- Str. 1, 67346 Speyer  
Tel.: 0 62 32/ 911-3250  
Fax: 0 62 32/ 911-3490  
E-Mail: Herbert.Schmitt@hrs.lsv.de

**BKK-Landesverband Rheinland-Pfalz und  
Saarland**

Herr Robert Miedreich  
Essenheimer Str. 126, 55128 Mainz  
Tel.: 0 61 31/ 33 05 39  
Fax: 0 61 31/ 33 05 939  
E-Mail: rmiedreich@bkk-rps.de

**Knappschaft**

**Verwaltungsstelle Saarbrücken**

Herr Stefan Rabung  
St. Johanner Str. 46-48, 66111 Saarbrücken  
Tel.: 0 68 1/ 4002-1250  
Fax: 0 68 1/ 4002-1296  
E-Mail: stefan.rabung@kbs.de

**Krankenkasse für den Gartenbau**

Frau Andrea Otto  
Frankfurter Str. 126, 34121 Kassel  
Tel.: 0 56 1/ 92 82-863  
Fax: 0 56 1/ 92 82-305  
E-Mail: andrea.otto@gartenbau.lsv.de