

Anlagen 1 bis 4

Antragsunterlagen zur Förderung der Selbsthilfegruppen nach § 20c SGB V im Rahmen der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung

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?

(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 Strukturerhebungsbogen 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:

]	
	Ort, Datum
[
	rechtsverbindliche Unterschrift

Kontaktadresse für die Antragstellung

Die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung der Selbsthilfegruppen im Saarland wird durch folgende Krankenkassen/-verbände gewährleistet:

*AOK – Die Gesundheitskasse im Saarland,
Ansprechpartner: Bernhard Burger
Halbergstr. 1, 66121 Saarbrücken
Telefon: 0681/6001-269, Fax: 0681/6001-550
E-Mail: Bernhard.Burger@sl.aok.de*

*VdAK – Verband der Angestellten Krankenkassen
AEV – Arbeiter Ersatzkassen-Verband
Landesvertretung Saarland
Ansprechpartner: Dieter Petry
Talstr. 30, 66119 Saarbrücken
Telefon: 0681/92671-10, Fax: 0681/92671-19
E-Mail: dieter.petry@vdak-aev.de*

Auskunft und Beratung im Rahmen der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung im Saarland erteilen auch:

*BKK – Landesverband Rheinland-Pfalz
und Saarland
Ansprechpartner: Robert Miedreich
Essenheimer Str. 126, 55128 Mainz-Bretzenheim
Telefon: 06131/3305-39, Fax: 06131/3305-939
E-Mail: Rmiedreich@BKK-RPS.de*

*IKK Südwest-Direkt
Ansprechpartner: Dr. Bernhard Allmann
Berliner Promenade 1, 66111 Saarbrücken
Telefon: 0681/93696-331, Fax: 0681/93696-196
E-Mail: Bernhard.Allmann@swd.ikk.de*

*Knappschaft – Verwaltungsstelle Saarbrücken
Ansprechpartner: Stefan Rabung
St. Johanner Str. 46 – 48, 66111 Saarbrücken
Telefon: 0681/4002-1250, Fax: 0681/4002-1296
E-Mail: stefan.rabung@kbs.de*

*LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland
Ansprechpartner: Klaus Münzel
Heinestr. 2-4, 66121 Saarbrücken
Telefon: 0681/66500-4463, Fax: 0681/66500-4458
E-Mail: klaus.muenzel@hrs.lsv.de*

*KISS – Kontakt- und Informationsstelle
für Selbsthilfe im Saarland
Ansprechpartnerinnen:
Petra Otto, Beate Ufer
Futterstr. 27, 66111 Saarbrücken
Telefon: 0681/960213-0
Fax: 0681/960213-29
E-Mail: kontakt@selbsthilfe-saar.de*