

**Antragsunterlagen zur Förderung
der örtlichen Selbsthilfegruppen
gemäß § 20 c SGB V
kassenindividuelle Förderung
der AOK Sachsen-Anhalt**

Damit die gesetzlichen Krankenkassen über eine Förderung entscheiden können, ist Ihre Mitwirkung nach § 60 SGB I erforderlich. Die folgenden Angaben werden für die ordnungsgemäße Bearbeitung Ihres Antrages auf Förderung nach § 20 c SGB V benötigt. Eine fehlende Mitwirkung kann zur Ablehnung Ihres Antrages führen.

- Anlage** **1: Antragsformular**
- Anlage** **2: Datenschutzhinweis**
- Anlage** **3: Verwendungsnachweis**

Antragsfrist für die Einreichung von Förderanträgen ist der **31. Januar** des Jahres, für das die Förderung beantragt wird.

Antrag der örtlichen Selbsthilfegruppe auf Pauschal-/ Projektförderung

gemäß § 20c SGB V für das Jahr _____

**AOK Sachsen-Anhalt
Jana Zuchhold
Lüneburger Straße 4
39106 Magdeburg**

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

Anträge auf Förderung nach § 20 c SGB V wurden <u>außerdem</u> gestellt bei:	
Arbeitsgemeinschaft der GKV (ARGE)	
IKK - Innungskrankenkasse	
Ersatzkasse (BARMER, DAK, etc.)	Name:
Betriebskrankenkassen – BKK	Name:
See-Krankenkasse	
Bundesknappschaft	
keiner anderen Krankenkasse	

Angaben zum Antragsteller	
Name der Selbsthilfegruppe	
Anschrift	
Telefon/Telefax	
E-Mail/ Internet	
Ansprechpartner/in, Vorsitzende/r (wenn abweichend zu oben):	
Name	
Anschrift	
Tel.-Nr.	

Angaben zur Selbsthilfegruppe (SHG)	
Mit welchem Krankheitsbild befasst sich die SHG?	
Seit wann besteht die SHG?	
Wie viele Mitglieder/Teilnehmende hat die SHG?	
Wie häufig finden Treffen statt und wann?	
Ist die Gruppe grundsätzlich offen für neue Mitglieder/Teilnehmende?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Angaben zur beantragten Pauschalförderung

- Zuschüsse für Mietkosten, Porto- Fax- und Telefongebühren
- Starthilfe bei Neugründungen

oder

Angaben zur beantragten Projektförderung

- Öffentlichkeitsarbeit
(gruppenspezifische Informations- und Arbeitsmaterialien)
- Aktionstage
(Standgebühren, Ausstellungsmaterial, Jubiläen, Erfahrungsaustausch)
- Weiterbildungsveranstaltungen / Seminare / Schulungen
- Aufwendungen für Fachvorträge (Honorare für Referenten, Raummieten)
- Zuschüsse für Büroausstattung (z. B. PC, Drucker, Beamer)
- Aufwendungen für Druckereierzeugnisse
(Flyer/Kopfbögen/Visitenkarten/Aufsteller)

**Bitte beschreiben Sie das Projekt näher! ggf. ein gesondertes Blatt beifügen
Ziel, Zielgruppe, Dauer des Projektes, Finanzierungsplan bei Anträgen über 500 Euro.**

Bitte beachten Sie, dass Freizeitaktivitäten, wie z. B. Ausflüge, Kino-, Konzert- und Theaterbesuche laut Leitfaden nicht förderfähig sind. Bitte nehmen Sie im Einzelfall Rücksprache mit uns.

Aufstellung der Kosten	
Gesamtkosten:	Euro
davon Eigenmittel:	Euro
Öffentliche Zuschüsse: (Kommune, Land) Euro <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> bewilligt
Hiermit beantragter Zuschuss: (ggf. Kostenaufstellung beifügen) Euro

Bankverbindung*	
Kontoinhaber/in:	
Anschrift des Kontoinhabers:	
Geldinstitut:	
Konto-Nr.:	
BLZ:	

Erklärung

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

Name, Vorname

Ort/Datum/Unterschrift

Folgende Materialien sind beigelegt	
<input type="checkbox"/> Presseartikel	<input type="checkbox"/> Selbstdarstellung/Folder
<input type="checkbox"/> Handzettel	<input type="checkbox"/> Sonstiges
<input type="checkbox"/> Wir verfügen über keine Materialien	

* Hinweis: Bitte beachten Sie, dass eine Auszahlung von Fördermitteln auf private Konten nicht vorgenommen werden darf.

Noch eine Bitte in eigener Sache:

Eine wichtige Voraussetzung zur besseren Umsetzung der Selbsthilfeförderung nach § 20 c 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 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 möchten Sie bitten, uns nachfolgend Ihr entsprechendes Einverständnis zu erklären:

Diese Einverständniserklärung zur weitergehenden Datenverwendung ist freiwillig und unabhängig von der Bearbeitung Ihres Antrages auf Fördermittel. Ein Widerruf ist jederzeit bei der für Sie zuständigen Krankenkasse bzw. deren Verband möglich.

Einverständniserklärung zur weitergehenden Datenverwendung:

Wir willigen ein, dass die Angaben aus 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 weitergehende Datenverwendung ein:

Datum

Unterschrift

**Nachweis über die Verwendung der kassenindividuellen Fördermittel gemäß
§ 20 c SGB V – örtliche Selbsthilfegruppen**

Der Verwendungsnachweis ist grundsätzlich ab einer **Fördersumme von 500 Euro** auszufüllen und bis zum 31. März des Folgejahres zurückzusenden.

Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift):		
Ansprechpartner/in für evtl. Rückfragen (Name, Tel.):		
Bewilligungsschreiben vom:	Geschäftszeichen:	Betrag:
Verwendungszweck lt. Bewilligungsschreiben:		
Die Fördermittel wurden		
<input type="checkbox"/>	entsprechend dem o. g. Verwendungszweck nur zu unseren satzungsgemäßen Aufgaben verwendet.	
<input type="checkbox"/>	für das Projekt _____ verwendet. Ein Projektbericht ist als Anlage beigefügt.	
Bis zum 31.01. des Folgejahres zurück an:	Anlagen:	
AOK Sachsen-Anhalt Jana Zuchold Lüneburger Straße 4 39106 Magdeburg		
	Ort, Datum, Unterschrift	