

**PROJEKTFÖRDERUNG**  
**Antrag zur kassenindividuellen Förderung örtlicher**  
**Selbsthilfegruppen gemäß § 20 c SGB V für das Jahr 2012**

Bearbeitungsvermerk:

**1. Angaben zur antragstellenden Selbsthilfegruppe**

Name, Sitz und Einzugsbereich: \_\_\_\_\_

Zugehörigkeit zu einem Landesverband/Bundesverband:  ja  nein

Name und Sitz des Verbandes: \_\_\_\_\_

Zugehörigkeit zu einem Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege  ja  nein

**2. Kontaktperson/Ansprechpartner**

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

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon (tagsüber): \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**3. Bankverbindung**

Unsere Selbsthilfegruppe verfügt über ein eigenes Konto

Unsere Selbsthilfegruppe verfügt über kein eigenes Konto\*

Bitte überweisen Sie die Förderung auf folgendes Konto:

Kontoinhaber/in: \_\_\_\_\_ Geldinstitut: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Konto-Nr.: \_\_\_\_\_

BLZ: \_\_\_\_\_

\*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 Krankenkasse in Empfang nehme. Ich bin verantwortlich für die ordnungsgemäße Verwendung des Geldes, sowie für die Ausstellung eines entsprechenden Verwendungsnachweises.

Name: \_\_\_\_\_ Datum/Unterschrift: \_\_\_\_\_

#### 4. Angaben zur Selbsthilfegruppe

4.1 Mit welchem Krankheitsbild befasst sich die Selbsthilfegruppe? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4.2 Seit wann besteht die Selbsthilfegruppe? \_\_\_\_\_

(Bitte durch Presseartikel, Handzettel, Folder etc. belegen)

Bei eingetragenem Verein (e. V.): \_\_\_\_\_

(zuständiges Amtsgericht)

(Nr. des Vereinsregisters)

4.3 Wie viele Mitglieder hat die Selbsthilfegruppe? \_\_\_\_\_

4.4 Treffen der Selbsthilfegruppe

Zeitpunkt: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

4.5 Betroffene Zielgruppen (z. B. Eltern behinderter Kinder, Abhängigkeitserkrankte)

\_\_\_\_\_

4.6 Aufgabenstellung der Selbsthilfegruppe

(z. B. Förderung der Abstinenz, Einstellungsveränderung zur Krankheit)

\_\_\_\_\_

4.7 Kurzbeschreibung des Angebotes (z. B. Gespräche, Vorträge)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4.8 Aufnahmekriterien  ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_

4.9 Ausschlusskriterien  ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_

4.10 Ist die Gruppe grundsätzlich offen für neue Mitglieder/Teilnehmende?

ja  nein

4.11 Mitgliedsbeiträge

ja  Höhe des Jahresbeitrages: Euro \_\_\_\_\_

## 5. Angaben zur beantragten Förderung

**projektbezogen** (gezielte zeitlich begrenzte Einzelaktivitäten und Vorhaben)

Detaillierte Beschreibung des Projektes (Art, Ziel, Dauer, Zielgruppe, Beginn):

---

---

---

---

---

### Kosten der Projektes:

Gesamtkosten: \_\_\_\_\_

Eigenmittel/Eigenanteil: \_\_\_\_\_

Öffentliche Zuschüsse (Kommunen, Land etc.) \_\_\_\_\_  beantragt  bewilligt

Beantragter Zuschuss (Betrag angeben): \_\_\_\_\_ Euro

Werden bei anderen Krankenkassen ebenfalls Mittel beantragt?  Ja  Nein

Wenn ja, bei welchen Krankenkassen wurden diese Mittel beantragt?

---

---

In welcher Höhe wurden diese Mittel beantragt?

\_\_\_\_\_ Euro

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

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift

## Noch eine Bitte in eigener Sache:

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 daher bitten, uns nachfolgend Ihr 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 federführenden Stelle 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 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 Organisatoren
- Information und Beratung der Versicherten und der interessierten Öffentlichkeit über Art der Organisation, betroffenes Krankheitsbild, Name der Organisation, sowie für die Erreichbarkeit der Organisation erforderlichen Daten

Wir willigen in diese weitergehende Datenverwendung ein:

---

Datum/Unterschrift

**Nachweis über die Verwendung der kassenindividuellen  
Fördermittel der örtlichen Selbsthilfegruppen gemäß § 20 c SGB V  
für das Jahr \_\_\_\_\_**

Zurück:  
Knappschaft  
Bezirksleitung Halle  
Postfach 200241  
06003 Halle

Name und Anschrift der Selbsthilfegruppe:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ansprechpartner-/in: \_\_\_\_\_

Bewilligungsschreiben vom: \_\_\_\_\_

Betrag: Euro \_\_\_\_\_

Die Fördermittel wurden entsprechend unserer (satzungsgemäßen) Gruppenarbeit verwendet.

für das Projekt \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ verwendet.

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift