

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

## Antrag der örtlichen Selbsthilfegruppe auf Förderung gemäß § 20c SGB V für das Jahr 2010 bei: **IKK gesund plus**

An  
**IKK gesund plus**  
**Umfassungsstraße 85**  
**39124 Magdeburg**

Anträge auf Förderung nach § 20 c SGB V wurden gestellt bei: (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

- AOK
- Bundesknappschaft
- IKK - Innungskrankenkasse
- Ersatzkasse (BARMER, DAK, TK etc.)

\_\_\_\_\_ (Name der Ersatzkasse)

- Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK)
- Betriebskrankenkassen – BKK

\_\_\_\_\_ (Name der BKK)

- See-Krankenkasse
- keiner anderen Krankenkasse

### **1. Angaben zum Antragsteller**

Name der Selbsthilfegruppe: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_

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

Ansprechpartner/in, Vorsitzende/r (mit Anschrift und Tel.-Nr., wenn abweichend zu oben):

---

### **2. Angaben zur Selbsthilfegruppe (SHG)**

Mit welchem/n Krankheitsbild befasst sich die SHG?

Seit wann besteht die SHG?

Wieviele Mitglieder/Teilnehmende hat die SHG?

Wie häufig finden Treffen statt und wann?

Ist die Gruppe grundsätzlich offen für neue Mitglieder/Teilnehmende?  ja  nein



## 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 der Mittel sowie für die Ausstellung eines entsprechenden Verwendungsnachweises.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

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

Folgende Materialien sind beigelegt:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Presseartikel                        | <input type="checkbox"/> Selbstdarstellung |
| <input type="checkbox"/> Handzettel                           | <input type="checkbox"/> Sonstiges         |
| <input type="checkbox"/> Wir verfügen über keine Materialien. |  |

**Von der IKK gesund plus auszufüllen!**

Die Fördermittel wurden in Höhe von \_\_\_\_\_ **Euro** bewilligt.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

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

|   |                                 |   |
|---|---------------------------------|---|
| <b>Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift)</b><br><br>_____<br><br>_____                                    |                                 |   |
| <b>Ansprechpartner-/in für evtl. Rückfragen (Name, Tel.)</b><br><br>_____   |                                 |   |
| <b><u>Bewilligungsschreiben vom:</u></b>  | <b><u>Geschäftszeichen:</u></b> | <b><u>Betrag:</u></b> €                 |
| <b>Verwendungszweck lt. Bewilligungsschreiben:</b><br><br><br>  |                                 |   |
| <b><u>Die Fördermittel wurden</u></b>   |                                 |   |
| <input type="checkbox"/> entsprechend dem o. g. Verwendungszweck nur zu unseren satzungsgemäßen Aufgaben verwendet. |                                 |   |
| <input type="checkbox"/> für das Projekt _____ verwendet.<br>Ein Projektbericht ist als Anlage beigefügt.           |                                 |   |
| Zurück an   |                                 |   |
| [   | ]                               | Ort, Datum, Unterschrift                |
| _____   |                                 |   |
| [   | ]                               | Ggf. beigefügte Anlagen hier aufführen: |