

|  |
| --- |
| **Antragsunterlagen zur krankenkassenindividuellen Projektförderung von** **Selbsthilfeorganisationen (SHO) auf Landesebene** **für das Förderjahr 2024[[1]](#footnote-1) gemäß § 20 h SGB V****Eine pauschale Förderung erfolgt durch die Gemeinschaftsförderung. Ein entsprechender Antrag ist beim jeweiligen Federführer der Fördergemeinschaft zu stellen.** |

Die folgenden Angaben werden für die ordnungsgemäße Bearbeitung Ihres Antrages auf Förderung nach § 20 h SGB V benötigt. Eine fehlende Mitwirkung kann zur Ablehnung Ihres Antrages führen.

**Zu den Antragsunterlagen gehören die nachstehenden Anlagen:**

 Anlage 1: Antragsformular für die Projektförderung

 Anlage 2: Strukturerhebungsbogen

 Anlage 3: Verwendungsnachweis (Nachweis über die Mittelverwendung
für das Förderjahr 2023)

 Anlage 4: Kontaktdaten für die Antragstellung

Änderungen im Antragsvordruck durch den Antragsteller sind nicht zulässig.

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

[ ]  **Erstantrag** [ ]  **innerhalb der vergangen drei Jahre
 wurde ein Projektförderantrag gestellt**

 **Anlage 1**

|  |
| --- |
| **Name und Anschrift der Selbsthilfeorganisation auf Landessebene:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Anschrift: |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Telefon: |  |
|  |
| E-Mail: |  |
|  |
| Fax: |  |
|  |
| Internet: |  |
|  |
| **Bankverbindung:** |
| Kontoinhaber: |  |
|  |
| Kreditinstitut: |  |
|  |
| IBAN: |  |
|  |
| BIC: |  |
|  |
| **Nennung des/der vertretungsberechtigten Ansprechpartners/in für Rückfragen zum Antrag:** |
| Name: |  |
|  |
| Telefon: |  |
|  |
| Fax: |  |
|  |
| E-Mail: |  |
|  |
| **Struktur:** |
| Anzahl der Einzelmitglieder |  |
|  |
| Anzahl der Selbsthilfegruppen in Brandenburg |  | Anzahl der Selbsthilfegruppen der Organisation in anderen Bundesländern |  |

|  |
| --- |
| **Titel des Projekts** |
|  |
| Beschreibung des Projekts, ggf. Konzept incl. Finanzierungsplan beilegen |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Kosten des Projektes / Finanzierung** |
|  |
| Gesamtkosten des beantragten Projektes: |  |
|  |
| Davon Eigenanteil: |  |
|  |
| Davon beantragte Mittel bei allen anderen Institutionen etc. : |  |
|  |
|  |  |
|  |
| Weitere Anträge für das o.a. beantragte Projekt wurden oder werden gestellt bei: |
|  |
| Krankenkasse(n):(bitte benennen) |  | in Höhe von: |  |
|  |
| Unfallversicherung | in Höhe von: |  |
|  |
| Rentenversicherung | in Höhe von: |  |
|  |
| öffentliche Hand (z.B. Länder, Kommunen) | in Höhe von: |  |
|  |
| Wirtschaftsunternehmen (z.B. Pharmaunternehmen, Medizinproduktehersteller):(bitte benennen) |  | in Höhe von: |  |
|  |
| Weitere:(bitte benennen) |  | in Höhe von: |  |
|  |
| [ ]  | Es wurde bei keiner der vorgenannten Institutionen ein Antrag gestellt. |
|  |

**Bitte tragen Sie hier ein, in welcher Höhe Sie Fördermittel beantragen!**

|  |  |
| --- | --- |
| **Höhe der beantragten Projekt-Fördermittel** | **EUR** |

|  |
| --- |
| **Folgende Anlagen sind diesem Antrag beigefügt und auszufüllen:** (bitte ankreuzen) |
|  | liegt bereits vor | ist beigefügt | wird nachgereicht bis |
| 1. Strukturerhebungsbogen (einschließlich der Ausweisung von Personalstellen)\*
 | [ ]  | [ ]  |  |
|  |
| **Vom Antragsteller sind zusätzlich beizufügen:** (bitte ankreuzen) |
| 1. aktuelle Satzung\*
 | [ ]  | [ ]  |  |
|  |
| 1. aktueller Körperschaftssteuer-Frei-stellungsbescheid des Finanzamtes\*
 | gültig bis | [ ]  |  |
|  |
| 1. Mitteilung über die letzte Entlastung des Vorstandes durch die Mitglieder- bzw. Delegiertenversammlung(Auszug aus dem Protokoll der Mitgliederversammlung)
 | [ ]  | [ ]  |  |
|  |
| 1. Ausführliche Projektbeschreibung
 | [ ]  | [ ]  |  |
| 1. Aussagekräftiger Finanzierungsplan
 | [ ]  | [ ]  |  |
|  |

\* Unterlagen sind nur einzureichen, wenn in den vergangenen 3 Jahren kein Antrag gestellt wurde oder bei Änderungen gegenüber den Vorjahren.

|  |
| --- |
| **Der Antragsteller erklärt, dass** |
|  |
| * die Angaben im Antrag richtig und vollständig sind.
 |
|  |
| * er über eine ordnungsgemäße Geschäfts- und Buchführung und eine entsprechende Verwaltung verfügt.
 |

Der Antragsteller verpflichtet sich, die finanziellen Zuschüsse zweckgebunden - gemäß § 20h SGB V - zu verwenden. Ein Rechtsanspruch auf eine bestimmte Fördersumme besteht nicht.

Der Fördermittelgeber behält sich im Einzelfall vor, detaillierte Nachweise über die Mittelverwendung beim Förderempfänger anzufordern. Der Fördermittelgeber behält sich im Einzelfall vor, die ordnungsgemäße Verwendung der Fördermittel zu prüfen.

Bei vorsätzlich falschen oder grob fahrlässigen Angaben ist der Fördermittelgeber berechtigt, die finanziellen Zuwendungen zurückzufordern.

Allgemeine Informationen zum Datenschutz nach der EU-Datenschutz-Grundversorgung und zu
Ihren Rechten finden Sie unter:

[www.ikkbb.de/Datenschutz und Informationsfreiheit](http://www.ikkbb.de/Datenschutz%20und%20Informationsfreiheit)

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. **rechtsverbindliche Unterschrift ( und ggf. Stempel)**
 |
|  |  |
| Ort, DatumStempel | Name in Druckbuchstaben |
|  | 1. **rechtsverbindliche Unterschrift ( und ggf. Stempel)**
 |
|  |  |
| Ort, Datum | Name in Druckbuchstaben |
|  |  |
| Stempel |  |

 **Anlage 2**

|  |
| --- |
| Strukturerhebungsbogen für die gesundheitsbezogenen Selbsthilfeorganisationen auf Landesebene |
|  |  |  |  |  |
| Stand der nachstehenden Angaben: |  | (Datum) |  |
|  |  |  |  |  |
| Name des Landesverbandes: |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Anschrift: |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
| Vorsitzende(r)/Präsident(in): |  |
|  |  |  |  |  |
| ggf. Geschäftsführer(in): |  |
|  |  |  |  |  |
| Telefon: |  |  | Telefax: |  |
|  |  |  |  |  |
| E-Mail: |  |  | Internet: |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| (1) | a) Gründungsjahr des Landesverbandes: |  |
|  |  |  |  |  |
|  | b) Jahr der Eintragung in das Vereinsregister: |  |
|  |  |  |  |  |
|  | c) Falls noch keine Eintragung erfolgt, bis wann ist die  Eintragung vorgesehen? |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | d) Gründe für die Nichteintragung in das Vereinsregister: |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| (2) | **a) Erhebt Ihr Landesverband Mitgliedsbeiträge ?** | **[ ]  Ja** | **[ ]  Nein** |
|  |  |  |  |  |
|  | **- Wenn ja, Höhe des Mitgliedsbeitrages im Jahr:** |  | **€** |
|   |  |  |  |  |
|  - Sofern die Selbsthilfeorganisation auf Landesebene **keine eigenen Mitgliedsbeiträge erhebt**, weist sie zumindest Mitgliedsbeiträge aus, die ihr von ihrer Bundesorganisation zugewiesen werden:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **- Die Höhe der Zuweisung für das Jahr 2024 beträgt:** |  | **€** |

 |
| (3) | In welchen übergeordneten Organisationen ist Ihr Landesverband Mitglied? |
|  | [ ]  | Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe e.V. (LAG SELBSTHILFE) |
|  | [ ]  | Landesverband des PARITÄTISCHEN e.V. (DPWV) |
|  | [ ]  | Andere Wohlfahrts-/Sozialverbände: |  |
|  |  |  |  |
|  | [ ]  | Sonstige (z.B. Fachgesellschaften): |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| (4) | Welche Aufgaben werden auf Landesebene wahrgenommen? Welche gesundheitsbezogenen Arbeitsschwerpunkte und Maßnahmen sollen mit den beantragten pauschalen Mitteln realisiert werden? (ggf. auf separatem Blatt ausführen) |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |
|  |  |
| (5) | Anzahl der hauptberuflichen Stellen im Landesverband: **Anzahl:**  |
|  | Der Landesverband verfügt nur über ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen: [ ]  ja[ ] nein  |

|  |  |
| --- | --- |
| (6) | a) Name der Erkrankung/Behinderung (Mehrfachnennung möglich): |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | b) Zuordnung der Erkrankung zum Krankheitsverzeichnis (Krankheitsobergruppen) nach § 20h SGB V: (Mehrfachnennung möglich) |
|  | [ ]  | Krankheiten des Kreislaufsystems |  | [ ]  | Hirnbeschädigungen |
|  | [ ]  | Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, der Gelenke, der Muskeln unddes Bindegewebes |  | [ ]  | Endokrine Ernährungs- und Stoffwechsel-Krankheiten |
|  | [ ]  | Bösartige Neubildungen, Tumorerkran-kungen |  | [ ]  | Krankheiten des Blutes, des Immunsystems/Immundefekte |
|  | [ ]  | Allergische und asthmatische Erkrankun-gen, Krankheiten des Atmungssystem |  | [ ]  | Krankheiten der Sinnesorgane, Hör-, Seh- undSprachbehinderungen |
|  | [ ]  | Erkrankungen der Verdauungsorganeund des Urogenitaltraktes |  | [ ]  | Infektiöse Krankheiten |
|  | [ ]  | Lebererkrankungen |  | [ ]  | Psychische und Verhaltensstörungen,Psychische Erkrankungen |
|  | [ ]  | Hauterkrankungen , chronische Krank-heiten des Hautanhanggebildes und der Unterhaut |  | [ ]  | Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten undChromosomenanomalien |
|  | [ ]  | Suchterkrankungen |  | [ ]  | Chronische Schmerzen |
|  | [ ]  | Krankheiten des Nervensystems |  | [ ]  | Organtransplantationen |

|  |  |
| --- | --- |
|  | c) Kurzbeschreibung der Erkrankung / Behinderung (ggf. Flyer/Selbstdarstellung beifügen): |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |
|  | d) Angaben zur Verbreitung der Erkrankung / Behinderung im Land Brandenburg (soweit bekannt): |
|  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |
| (7) | Selbstdarstellung des Landesverbandes: |
|  | [ ]  | Broschüre, Faltblatt o. ä. zur Selbstdarstellung des Landesverbandes, der Ziele und Arbeitsschwerpunkte ist beigefügt |
|  |
| (8) | Hat sich Ihr Landesverband Leitsätze zur Wahrung der Neutralität und Unabhängigkeit im Umgang mit im Wettbewerb stehenden Wirtschaftsverbänden/-unternehmen gegeben? |
|  | [ ]  | Ja | [ ]  | Nein |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **1. rechtsverbindliche Unterschrift ( und ggf. Stempel)** |
|  |  |
| Ort, DatumStempel | Name in Druckbuchstaben |
|  | **2. rechtsverbindliche Unterschrift ( und ggf. Stempel)**  |
|  |  |
| Ort, Datum | Name in Druckbuchstaben |
|  |  |
| Stempel |  |

  **Anlage 3**

|  |
| --- |
| Nachweis über die Mittelverwendung **gemäß § 20h SGB V für das** **Förderjahr 2023 - Projektförderung** |
|  |
|  |
| Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift der Selbsthilfeorganisation): |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| AnsprechpartnerIn bei eventuellen Rückfragen (Name): |  | Telefon: |
|  |  |  |
|  |
|  |
| Bewilligungsschreiben vom: |  | Geschäftszeichen: |  | Betrag: |
|  |  |  |  |  | € |
|  |
| [ ]  Die Fördermittel wurden gemäß dem o. a. Bewilligungsschreiben ausschließlich für unsere  satzungsgemäßen gesundheitsbezogenen Aufgaben verwendet.Bericht des Kassen- bzw. Wirtschaftsprüfers[ ]  ist als Anlage beigefügt[ ]  wird bis zum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nachgereichtEine summarische und tabellarische Auflistung der tatsächlichen Einnahmen und Ausgaben analog der Struktur des Haushaltsplans [ ]  ist als Anlage beigefügt[ ]  wird bis zum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nachgereicht |
|  |
|  | **1. rechtsverbindliche Unterschrift ( und ggf. Stempel)** |
|  |  |
| Ort, DatumStempel | Name in Druckbuchstaben |
|  | **2. rechtsverbindliche Unterschrift ( und ggf. Stempel)** |
|  |  |
| Ort, Datum | Name in Druckbuchstaben |
|  |  |
| Stempel |  |

 **Anlage 4**

**Kontaktdaten für die Antragstellung**

**IKK Brandenburg und Berlin**

Vertragsmanagement und Selbsthilfe
Detlef Schroedel
Keithstraße 9/11
10787 Berlin

Tel.: 030 / 21991 692
Fax: 030 / 21991 690
E-Mail: detlef.schroedel@ikkbb.de

1. Antragsfrist für die Einreichung von Förderanträgen ist der **31. Januar 2024** für das Förderjahr 2024. [↑](#footnote-ref-1)