**Antragsunterlagen zur Pauschalförderung von**

#### Selbsthilfeorganisationen auf Landesebene

**(Landesverbände)**

**durch die GKV Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe**

**im Land Brandenburg für das Förderjahr 2024 [[1]](#footnote-1)**

**gemäß § 20 h SGB V im Rahmen der**

**kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung**

**im Land Brandenburg**

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 § 20h 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

 Anlage 2: Strukturerhebungsbogen

 Anlage 3: Liste der Selbsthilfegruppen der Selbsthilfeorganisation

 Anlage 4: Gesamtfinanzierungsplan 2024

 Anlage 5: Datenverwendungserklärung

##  Anlage 6: Nachweis über die Mittelverwendung für das Förderjahr 2023

 Anlage 7: Kontaktdaten für die Antragstellung

Änderungen im Antragsvordruck durch den Antragsteller sind nicht zulässig.

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

[ ]  **Erstantrag** [ ]  **Folgeantrag**

 **Anlage 1**

|  |
| --- |
| **Name des Antragstellers (der Selbsthilfeorganisation auf Landessebene):** |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Anschrift: |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Telefon: |  |
|  |
| E-Mail: |  |
|  |
| Internet: |  |
|  |
| Bankverbindung: |
| Kontoinhaber: |  |
|  |
| Kreditinstitut: |  |
|  |
| IBAN: |  |
|  |
| BIC: |  |
|  |
| Nennung des/der vertretungsberechtigten Ansprechpartners/in für Rückfragen zum Antrag: |
| Name: |  |
|  |
| Telefon: |  |
|  |
|  |
| E-Mail: |  |
|  |
| Struktur |
| Anzahl der Einzelmitglieder |  |
|  |
| Anzahl der Selbsthilfegruppen in Brandenburg |  | Anzahl der Selbsthilfegruppen der Organisation in anderen Bundesländern |  |
| Bitte Liste entsprechend Anlage 3 beifügen. |

Sind außergewöhnliche Veränderungen für das Antragsjahr 2024 zu erwarten, z.B. Einnahmen (Erbschaften o.a.) oder Einnahmeausfälle?

Ja [ ]  (bitte auf gesondertem Blatt erläutern)

Nein [ ]

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Höhe der beantragten Fördermittel für 2024** | **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)\*
 | [ ]  | [ ]  |  |
|  |
| 1. Datenverwendungserklärung\*
 | [ ]  | [ ]  |  |
|  |
| **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. Verwendungsnachweis des Vorjahres a) Tätigkeitsbericht des Vorjahres

 b) zahlenmäßiger Nachweis  | [ ]  | [ ]  |  |
|  |
| 1. Haushaltsplan (geplante Einnahmen und Ausgaben) für das Antragsjahr
 | [ ]  | [ ]  |  |
| 1. Erläuterung von Rücklagen (sofern diese bestehen und nicht als eigene Mittel eingesetzt werden).
 | [ ]  | [ ]  |  |
|  |
| 1. Letzter genehmigter Jahresabschluss (ggf. zunächst als Entwurf)
 | [ ]  | [ ]  |  |
|  |

\* Unterlagen sind nur beim Erstantrag oder bei Änderungen gegenüber dem Vorjahresantrag einzureichen.

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

Mit der Unterschrift bestätigt die Selbsthilfeorganisation ihre Antragstellung auf Pauschalförderung
gemäß § 20h SGB V. Der Antragsteller verpflichtet sich weiter, die finanziellen Zuschüsse der
Krankenkassen/-verbände zweckgebunden gemäß § 20h SGB V zu verwenden. Die Krankenkassen/-verbände behalten sich im Einzelfall vor, detaillierte Nachweise über die Mittelverwendung beim Förderempfänger anzufordern. Die Krankenkassen/-verbände behalten sich im Einzelfall vor, die ordnungsgemäße Verwendung der pauschalen Fördermittel zu prüfen. Bei vorsätzlich falschen oder grob fahrlässigen
Angaben sind die Krankenkassen/-verbände 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 |
|  | **2. 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 Ihre Selbsthilfeorganisation 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 Brandenburg e.V.  |
|  | [ ]  | Der Paritätische, Landesverband Brandenburg e.V. |
|  | [ ]  | Andere Wohlfahrts-/Sozialverbände: |  |
|  |  |  |  |
|  | [ ]  | Sonstige (z.B. Fachgesellschaften): |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (4) | Arbeitet die Selbsthilfeorganisation im Verband der Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Brandenburg e.V. ( LAG SH ) mit?

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Nein |
| [ ]  | Ja – **Bitte Angaben zur Tätigkeit im Verband machen:** |
|  |  |

 |
|

|  |  |
| --- | --- |
| (5) | Welche wiederkehrenden Aufgaben werden auf Landesebene in diesem Förderjahr wahrgenommen? Welche gesundheitsbezogenen Arbeitsschwerpunkte und Maßnahmen sollen mit den beantragten pauschalen Mitteln realisiert werden? (ggf. auf separatem Blatt ausführen) |
|  |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |
|  |  |

 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Erfolgt durch die Selbsthilfeorganisation eine Mitarbeit in Gremien mit Gesundheitsbezug aufKommunaler – oder Landesebene?

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Nein |

 [ ]  Ja**Wenn ja, in welchen Gremien:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

 |
| (6) | Welche wiederkehrenden Aufgaben werden auf Landesebene in diesem Förderjahr wahrgenommen? Welche gesundheitsbezogenen Arbeitsschwerpunkte und Maßnahmen sollen mit den beantragten pauschalen Mitteln realisiert werden? (ggf. auf separatem Blatt ausführen) |
|  |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |
|  |  |
| (7) |

|  |
| --- |
| Anzahl der hauptberuflichen Stellen im Landesverband: **Anzahl:**   |

 |
|  | Der Landesverband verfügt nur über ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen: [ ]  Ja [ ]  Nein |

|  |  |
| --- | --- |
| (8) | 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): |
|  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |
| (9) | Selbstdarstellung des Landesverbandes: |
|  | [ ]  | Broschüre, Faltblatt o. ä. zur Selbstdarstellung des Landesverbandes, der Ziele und Arbeitsschwerpunkte ist beigefügt |
| (10) | 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 |
|  | 1. **rechtsverbindliche Unterschrift ( und ggf. Stempel)**
 |
|  |  |
| Ort, Datum | Name in Druckbuchstaben |
| Stempel |  |

**Anlage 3**

|  |
| --- |
| Liste der gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen der Selbsthilfeorganisation (ggf. auf separatem Blatt ausfüllen bzw. in anderer Form beilegen) |
|  |
| **Name der Selbsthilfegruppe** | **Ort/Landkreis** |
|  |  |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |

**Anlage 4**

**Haushaltsplan für das Jahr 2024**

**I. geplante Gesamtausgaben 2024**

|  |  |
| --- | --- |
| **Gesamtausgaben (ohne Projekte und Zweckbetrieb)** | **Plan 2024** |
| **Personalkosten** |  |
| Löhne/Gehälter | EUR       |
| sonstige Personalkosten z.B. Honorare (bitte erläutern) | EUR       |
|       |  |
| **Summe Personalkosten** | **EUR** |
| **Sachkosten** |  |
| Miete/Betriebskosten |  |
| - für Bundes-/Landesgeschäftsstelle | EUR       |
| - für andere Räumlichkeiten (bitte erläutern) | EUR       |
|        |  |
| Geschäftsbedarf |  |
| - Büromaterial | EUR       |
| - Porto | EUR       |
| - Fernmeldegebühren (Telefon/ Fax, Internet) | EUR       |
|  |  |
| Ersatz/Anschaffung von Mobiliar und technischen Geräten | EUR       |
| Fahrt-/Reisekosten  | EUR       |
| Qualifizierung / Fortbildung  | EUR       |
| Öffentlichkeitsarbeit (Vereinsmedien, PR, Kongresse, Messe) | EUR       |
| Sonstige Sachkosten | EUR       |
| **Summe Sachkosten** | **EUR** |
| Mitgliedsbeiträge für Organisationen  | EUR       |
| Weitere institutionelle Ausgabenpositionenz.B. gesetzlich notwendige Rückstellungen (nicht Rücklagen) | EUR       |
| **Gesamtausgaben** | **EUR**       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ausgaben für Zweckbetrieb** | **EUR** |
| **Ausgaben für Projekte (sofern nicht in Gesamtausgaben enthalten)** | **EUR** |

**Anlage 4**

**II. Geplante Gesamteinnahmen 2024**

|  |  |
| --- | --- |
| **Gesamteinnahmen (ohne Projekte und Zweckbetrieb)** | **Plan 2024** |
| **Eigenmittel** |  |
| Mitgliedsbeiträge | EUR        |
| Zweckbetrieb (z.B. Verkauf von Produkten) | EUR        |
| Einnahmen über eigene Förderkreise oder Fördervereine o.ä. | EUR        |
| Zinserträge | EUR        |
| **Summe der Eigenmittel** | **EUR** |
| **Öffentliche Zuschüsse (institutionell)** |  |
| Landesmittel (z.B. von Landesministerien) | EUR        |
| kommunale Mittel (z.B. von Städten und Gemeinden) | EUR       |
| **Summe Öffentliche Zuschüsse** | **EUR** |
| **Zuschüsse von Sozialversicherungen (institutionell)** |  |
| Rentenversicherungsträger | EUR       |
| Unfallversicherungsträger | EUR       |
| Pflegeversicherungsträger | EUR       |
| davon für Aktivitäten gem. § 45 d SGB XI EUR: |  |
| Beantragte Gemeinschaftsförderung (**2024**) | EUR       |
| **Summe Zuschüsse von Sozialversicherungen**  | **EUR** |
| **Sonstige Einnahmen (bitte benennen)** |  |
|       | EUR       |
|       | EUR       |
|       | EUR       |
| **Summe sonstige Einnahmen** | **EUR** |
| **Gesamteinnahmen** | **EUR**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Geplante Einnahmen für Zweckbetrieb** | **EUR** |
| **Geplante Einnahmen für Projekte (sofern nicht in Gesamtausgaben enthalten)** | **EUR** |
| darunterÖffentliche Zuschüsse (Projektförderung)Kassenindividuelle Förderung (**2024**) | EUR      EUR       |

**Anlage 5**

Datenverwendungserklärung

Noch eine Bitte in eigener Sache:

Wichtige Voraussetzung zur besseren Umsetzung der Selbsthilfeförderung nach § 20h 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:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, DatumStempel |  | 1. **rechtsverbindliche Unterschrift ( und ggf. Stempel)**
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, DatumStempel |  | 1. **rechtsverbindliche Unterschrift ( und ggf. Stempel)**
 |

 **Anlage 6**

|  |
| --- |
| Nachweis über die Mittelverwendung **gemäß § 20h SGB V für das** **Förderjahr 2023** |
|  |
|  |
| 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 zum Verwendungsnachweis**

|  |  |
| --- | --- |
| **Gesamtausgaben (ohne Projekte und Zweckbetrieb)** | **2023** |
| **Personalkosten** |  |
| Löhne/Gehälter | EUR       |
| Sonstige Personalkosten  | EUR       |
| **Summe Personalkosten** | **EUR** |
| **Sachkosten** |  |
| Miete/Betriebskosten |  |
| - für Bundes-/Landesgeschäftsstelle | EUR       |
| - für andere Räumlichkeiten (bitte erläutern) | EUR       |
|        |  |
| Geschäftsbedarf |  |
| - Büromaterial | EUR       |
| - Porto | EUR       |
| - Fernmeldegebühren (Telefon/ Fax, Internet) | EUR       |
|  |  |
| Ersatz/Anschaffung von Mobiliar und technischen Geräten | EUR       |
| Ersatz/Anschaffung von Mobiliar und technischen Geräten | EUR       |
| Fahrt-/Reisekosten  | EUR       |
| Qualifizierung / Fortbildung  | EUR       |
| Öffentlichkeitsarbeit (Vereinsmedien, PR, Kongresse, Messe) | EUR       |
| Sonstige Sachkosten | EUR       |
| Ersatz/Anschaffung von Mobiliar und technischen Geräten | EUR       |
| **Summe Sachkosten** | **EUR** |
| Mitgliedsbeiträge für Organisationen  | EUR       |
| Weitere institutionelle Ausgabenpositionenz.B. gesetzlich notwendige Rückstellungen (nicht Rücklagen) | EUR       |
| **Gesamtausgaben** | **EUR**       |
| **Ausgaben für Zweckbetrieb** | **EUR** |
| **Ausgaben für Projekte (sofern nicht in Gesamtausgaben enthalten)** | **EUR** |

 **Anlage zum Verwendungsnachweis**

|  |  |
| --- | --- |
| **Gesamteinnahmen (ohne Projekte und Zweckbetrieb)** | **2023** |
| **Eigenmittel** |  |
| Mitgliedsbeiträge | EUR        |
| Einnahmen über eigene Förderkreise oder Fördervereine o.ä. | EUR        |
| Zinserträge | EUR        |
| **Summe der Eigenmittel** | **EUR** |
| **Öffentliche Zuschüsse (institutionell)** |  |
| Landesmittel (z.B. von Landesministerien) | EUR        |
| kommunale Mittel (z.B. von Städten und Gemeinden) | EUR       |
| **Summe Öffentliche Zuschüsse** | **EUR** |
| **Zuschüsse von Sozialversicherungen (institutionell)** |  |
| Rentenversicherungsträger | EUR       |
| Unfallversicherungsträger | EUR       |
| Pflegeversicherungsträger | EUR       |
| davon für Aktivitäten gem. § 45 d SGB XI EUR: |  |
| Gemeinschaftsförderung (**2023**) | EUR       |
| **Summe Zuschüsse von Sozialversicherungen**  | **EUR** |
| **Sonstige Einnahmen (bitte benennen)** |  |
|       | EUR       |
|       | EUR       |
|       | EUR       |
| **Summe sonstige Einnahmen** | **EUR** |
| **Gesamteinnahmen** | **EUR**  |
| **Einnahmen für Zweckbetrieb** | **EUR** |
| **Einnahmen für Projekte (sofern nicht in Gesamtausgaben enthalten)** | **EUR** |
| **darunter****Öffentliche Zuschüsse (Projektförderung)****Kassenindividuelle Förderung (2023)** | **EUR****EUR** |

**Anlage 7**

**Kontaktdaten für die Antragstellung**

**Die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung von Selbsthilfeorganisationen im Land Brandenburg wird federführend gewährleistet durch:**

**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)