

**Antragsunterlagen zur krankenkassenindividuellen
Projektförderung von
Selbsthilfeorganisationen (SHO) auf Landesebene
für das Förderjahr 2025 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: Strukturhebungsbogen
- Anlage 3: Verwendungsnachweis (Nachweis über die Mittelverwendung für das Förderjahr 2024)
- Anlage 4: Kontaktdaten für die Antragstellung

Änderungen im Antragsvordruck durch den Antragsteller sind nicht zulässig.

Antrag

- Erstantrag innerhalb der vergangenen drei Jahre wurde ein Projektförderantrag gestellt

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

¹ Antragsfrist für die Einreichung von Förderanträgen ist der 31.01.2025 für das Förderjahr 2025

Name der Selbsthilfeorganisation auf Landesebene	

Anschrift Selbsthilfeorganisation auf Landesebene	

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 _____	
Bitte Liste entsprechend Anlage 3 beifügen	
Sind außergewöhnliche Veränderungen für das Antragsjahr 2025 zu erwarten, z.B. Einnahmen (Erbschaften o.a.) oder Einnahmeausfälle?	
<input type="checkbox"/> ja (bitte auf gesondertem Blatt erläutern)	<input type="checkbox"/> nein

Titel des Projekts	
Beschreibung des Projekts, ggf. Konzept incl. Finanzierungsplan beilegen	

Kosten des Projektes / Finanzierung	
Gesamtkosten des beantragten Projektes	_____ Euro
Davon Eigenanteil	_____ Euro
Davon beantragte Mittel bei allen anderen Institutionen etc.	_____ Euro
Weitere Anträge für das o.a. beantragte Projekt wurden oder werden gestellt bei:	
Krankenkasse(n) <small>(bitte benennen)</small>	_____ in Höhe von _____ Euro
Unfallversicherung	_____ in Höhe von _____ Euro
Rentenversicherung	_____ in Höhe von _____ Euro
öffentliche Hand (z.B. Länder, Kommunen)	_____ in Höhe von _____ Euro
Wirtschaftsunternehmen <small>(z.B. Pharmaunternehmen, Medizinproduktehersteller) (bitte benennen)</small>	_____ in Höhe von _____ Euro

Weitere (bitte benennen) _____	in Höhe von _____	Euro
_____	in Höhe von _____	Euro
_____	in Höhe von _____	Euro
<input type="checkbox"/> Es wurde bei keiner der vorgenannten Institutionen ein Antrag gestellt.		

Höhe der beantragten Projektfördermittel _____	Euro
--	------

Folgende Anlagen sind diesem Antrag beigelegt und auszufüllen: (bitte ankreuzen)			
	liegt bereits vor	ist beigelegt	wird nachgereicht bis
1) Strukturhebungsbogen (einschließlich der Ausweisung von Personalstellen) *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
vom Antragsteller sind zusätzlich beigelegen (bitte ankreuzen)			
2) aktuelle Satzung*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3) aktueller Körperschaftssteuer-Freistellungsbescheid des Finanzamtes	gültig bis _____	<input type="checkbox"/>	_____
4) Mitteilung über die letzte Entlastung des Vorstandes durch die Mitglieder- bzw. Delegiertenversammlung (Auszug aus dem Protokoll der Mitgliederversammlung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5) Ausführliche Projektbeschreibung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6) Aussagekräftiger Finanzierungsplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

* 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-Grundverordnung und zu Ihren Rechten finden Sie unter:

[https://www.ikkbb.de/ Datenschutz und Informationsfreiheit](https://www.ikkbb.de/Datenschutz_und_Informationsfreiheit)

(1) rechtsverbindliche Unterschrift (und ggf. Stempel)

Datum	Name in Druckbuchstaben	Unterschrift	ggf. Stempel
_____	_____	_____	_____

(2) rechtsverbindliche Unterschrift (und ggf. Stempel)

Datum	Name in Druckbuchstaben	Unterschrift	ggf. Stempel
_____	_____	_____	_____

Strukturerhebungsbogen für die gesundheitsbezogenen Selbsthilfeorganisationen auf Landesebene

Stand der nachstehenden Angaben _____

Name des Landesverbandes

Anschrift des Landesverbandes

Vorsitzende(r)/ Präsident(in)

ggf. Geschäftsführer(in)

Telefon

Fax

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: _____ Euro
- 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 2025 beträgt _____ Euro

- (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)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Krankheiten des Kreislaufsystems | <input type="checkbox"/> Hirnbeschädigungen |
| <input type="checkbox"/> Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, der Gelenke, der Muskeln und des Bindegewebes | <input type="checkbox"/> Endokrine Ernährungs- und Stoffwechsel-Krankheiten |
| <input type="checkbox"/> Bösartige Neubildungen, Tumorerkrankungen | <input type="checkbox"/> Krankheiten des Blutes, des Immunsystems/Immundefekte |
| <input type="checkbox"/> Allergische und asthmatische Erkrankungen, Krankheiten des Atmungssystem | <input type="checkbox"/> Krankheiten der Sinnesorgane, Hör-, Seh- und Sprachbehinderungen |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Verdauungsorgane und des Urogenitaltraktes | <input type="checkbox"/> Infektiöse Krankheiten |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> Psychische und Verhaltensstörungen, Psychische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen, chronische Krankheiten des Hautanhanggebildes und der Unterhaut | <input type="checkbox"/> Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien |
| <input type="checkbox"/> Suchterkrankungen | <input type="checkbox"/> Chronische Schmerzen |
| <input type="checkbox"/> Krankheiten des Nervensystems | <input type="checkbox"/> 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 beigelegt

(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)

Datum	Name in Druckbuchstaben	Unterschrift	ggf. Stempel
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>

(2) rechtsverbindliche Unterschrift (und ggf. Stempel)

Datum	Name in Druckbuchstaben	Unterschrift	ggf. Stempel
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>

Nachweis über die Mittelverwendung gemäß § 20h SGB V für das Förderjahr 2024 - Projektförderung

Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift der Selbsthilfeorganisation):

Ansprechpartner/in bei eventuellen
Rückfragen

Telefon

Bewilligungsschreiben vom

Geschäftszeichen

Betrag (in Euro)

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 _____ nachgereicht

Eine 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)

Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift

ggf. Stempel

(2) rechtsverbindliche Unterschrift (und ggf. Stempel)

Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift

ggf. Stempel

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