

Antragsunterlagen zur krankenkassenindividuellen Projektförderung von Selbsthilfekontaktstellen (SHK) auf Landesebene für das Förderjahr 2024¹ 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 2023)
Anlage 4 Kontaktdaten für die Antragstellung
Änderungen im Antragsvordruck durch den Antragsteller sind nicht zulässig

Antrag

Erstantrag

Projektförderantrag gestellt
(innerhalb der vergangenen drei Jahre)

¹Antragsfrist für die Einreichung von Förderanträgen ist der **31. Januar 2024** für das Förderjahr 2024

SHK_Antrag_Projekt

Anlage 1

Name der Selbsthilfekontaktstelle

Anschrift

Telefon

E-Mail

Internet

Fax

Wird die Selbsthilfekontaktstelle durch die **öffentliche Hand anteilig** gefördert?

Ja

Nein

Namen des **Fördermittelgebers**

Bankverbindung

Kontoinhaber

Kreditinstitut

IBAN

BIC

Nennung des / der vertretungsberechtigten Ansprechpartners/in für Fragen zum AntragName
_____Telefon
_____ / _____E-Mail
_____**Titel des Projekts**Beschreibung des Projekts, ggf. Konzept inkl. 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) _____, _____ Euro

Unfallversicherung _____, _____ Euro

Rentenversicherung _____, _____ Euro

öffentliche Hand (...Länder, Kommunen) _____, _____ Euro

Wirtschaftsunternehmen
(...Pharmaunternehmen,
Medizinproduktehersteller) _____, _____ Euro

Weitere _____, _____ Euro

 Es wurde bei keiner der vorgenannten Institutionen ein Antrag gestellt.**Höhe der beantragten Projektfördermittel _____, _____ Euro****Folgende Anlagen sind diesem Antrag beigefügt und auszufüllen**

| | liegt bereits vor | ist beigefügt | wird nachgereicht bis |
|--|--------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Strukturerhebungsbogen (einschließlich der Ausweisung von Personalstellen) * | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____._____._____ |

Vom Antragsteller sind zusätzlich beizufügen

| | | | |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|
| Ausführliche Projektbeschreibung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____._____._____ |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|

| | | | |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|
| 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. Die Höhe der Förderung ist abhängig von der im Förderjahr vorhandenen Gesamtfördersumme, den jeweiligen Förderschwerpunkten des Fördermittelgebers, der Anzahl und dem Förderbedarf aller anderen Antragsteller.

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:

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

(1) rechtsverbindliche

Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift

ggf. Stempel

_____._____._____

(2) rechtsverbindliche

Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift

ggf. Stempel

_____._____._____

Anlage 2

Strukturerhebungsbogen für die gesundheitsbezogenen Selbsthilfeorganisationen auf Landesebene

Stand der nachstehenden Angaben _____

Name der Selbsthilfekontaktstelle

Anschrift

Vorsitzende(r)/ Präsident(in) _____

ggf. Geschäftsführer(in) _____

Telefon _____ / _____ Telefax _____ / _____

E-Mail _____ Internet _____

Einzugsbereich der Selbsthilfekontaktstelle

a) Bitte nennen Sie die/den Region, Bezirk, Kreis, Stadt _____

b) Anzahl der EinwohnerInnen im Einzugsbereich _____

c) Anzahl der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe-gruppen im Einzugsbereich _____

Erfolgte im letzten oder in diesem Förderjahr eine gemeinschaftliche Förderung durch die gesetzlichen Krankenkassen? Ja Nein

Wenn ja, in welcher Höhe? _____, _____ Euro

SHK_Antrag_Projekt

(1) rechtsverbindliche

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

(2) rechtsverbindliche

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

Anlage 3

Nachweis über die Mittelverwendung gemäß § 20h SGB V für das Förderjahr 2023

Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift der Selbsthilfeorganisation)

Name Ansprechpartner/In bei eventuellen Rückfragen _____ Telefon _____ / _____

Bewilligungsschreiben vom _____ Geschäftszeichen _____ Betrag _____, _____ 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

Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift

ggf. Stempel

_____._____._____

(2) rechtsverbindliche

Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift

ggf. 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