

**Antragsunterlagen zur pauschalen Förderung von
Selbsthilfeorganisationen auf Landesebene
(Landesverbände)
durch die GKV Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe
im Land Brandenburg für das Förderjahr 2020 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: Strukturhebungsbogen
- Anlage 3: Liste der Selbsthilfegruppen der Selbsthilfeorganisation
- Anlage 4: Gesamtfinanzierungsplan 2020
- Anlage 5: Datenverwendungserklärung
- Anlage 6: Nachweis über die Mittelverwendung für das Förderjahr 2019
- Anlage 7: Kontaktdaten für die Antragstellung

Änderungen im Antragsvordruck durch den Antragsteller sind nicht zulässig.

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Erstantrag

Folgeantrag

¹ Antragsfrist für die Einreichung von Förderanträgen ist der **31. Januar 2020** für das Förderjahr 2020.

Name des Antragstellers (der Selbsthilfeorganisation auf Landesebene):

[Redacted]

Anschrift:

[Redacted]

Telefon:

[Redacted]

E-Mail:

[Redacted]

Fax:

[Redacted]

Internet:

[Redacted]

Bankverbindung:

Kontoinhaber:

[Redacted]

Kreditinstitut:

[Redacted]

IBAN:

[Redacted]

BIC:

[Redacted]

Nennung des/der vertretungsberechtigten Ansprechpartners/in für Rückfragen zum Antrag:

Name:

[Redacted]

Telefon:

[Redacted]

Fax:

[Redacted]

E-Mail:

[Redacted]

Struktur

Anzahl der Einzelmitglieder

[Redacted]

Anzahl der Selbsthilfegruppen in Brandenburg

[Redacted]

Anzahl der Selbsthilfegruppen der Organisation in anderen Bundesländern

[Redacted]

Bitte Liste entsprechend Anlage 3 beifügen.

Sind außergewöhnliche Veränderungen für das Antragsjahr 2020 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	EUR <input style="width: 80px;" type="text"/>
--	--

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"/>	<input style="width: 60px;" type="text"/>
2) Datenverwendungserklärung*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 60px;" type="text"/>
Vom Antragsteller sind zusätzlich beigelegen: (bitte ankreuzen)			
3) aktuelle Satzung*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 60px;" type="text"/>
4) aktueller Körperschaftssteuer-Freistellungsbescheid des Finanzamtes*	gültig bis <input style="width: 60px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 60px;" type="text"/>
5) Mitteilung über die letzte Entlastung des Vorstandes durch die Mitglieder- bzw. Delegiertenversammlung (Auszug aus dem Protokoll der Mitgliederversammlung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 60px;" type="text"/>
6) Verwendungsnachweis des Vorjahres			<input style="width: 60px;" type="text"/>
a) Tätigkeitsbericht des Vorjahres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 60px;" type="text"/>
b) zahlenmäßiger Nachweis			<input style="width: 60px;" type="text"/>
7) Haushaltsplan (geplante Einnahmen und Ausgaben) für das Antragsjahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 60px;" type="text"/>
8) Erläuterung von Rücklagen (sofern diese bestehen und nicht als eigene Mittel eingesetzt werden).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 60px;" type="text"/>
9) Letzter genehmigter Jahresabschluss (ggf. zunächst als Entwurf)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 60px;" type="text"/>

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

Der Antragsteller erklärt, dass
<ul style="list-style-type: none"> • die Angaben im Antrag richtig und vollständig sind.
<ul style="list-style-type: none"> • er über eine ordnungsgemäße Geschäfts- und Buchführung und eine entsprechende Verwaltung verfügt.

Mit der Unterschrift bestätigt die Selbsthilfeorganisation ihre Antragstellung auf Pauschalmittel 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-Grundverordnung und zu Ihren Rechten finden Sie unter:

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

1. rechtsverbindliche Unterschrift (und ggf. Stempel)



Ort, Datum

Stempel



Name in Druckbuchstaben

2. rechtsverbindliche Unterschrift (und ggf. Stempel)



Ort, Datum

Stempel



Name in Druckbuchstaben

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
- b) Wenn ja, Höhe des Mitgliedsbeitrages im Jahr: €

- (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) Arbeitet die Selbsthilfeorganisation im Verband der Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe e.V. (LAG SH) mit?
- Nein
- Ja – Bitte Angaben zur Tätigkeit im Verband machen:
-

(5) Erfolgt durch die Selbsthilfeorganisation eine Mitarbeit in Gremien mit Gesundheitsbezug auf Kommunalen – 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:

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 und des Bindegewebes

Endokrine Ernährungs- und Stoffwechsel-Krankheiten

Bösartige Neubildungen, Tumorerkrankungen

Krankheiten des Blutes, des Immunsystems/ Immundefekte

Allergische und asthmatische Erkrankungen, Krankheiten des Atmungssystem

Krankheiten der Sinnesorgane, Hör-, Seh- und Sprachbehinderungen

Erkrankungen der Verdauungsorgane und des Urogenitaltraktes

Infektiöse Krankheiten

Lebererkrankungen

Psychische und Verhaltensstörungen, Psychische Erkrankungen

Hauterkrankungen , chronische Krankheiten des Hautanhanggebildes und der Unterhaut

Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien

Suchterkrankungen

Chronische Schmerzen

Krankheiten des Nervensystems

Organtransplantationen

c) Kurzbeschreibung der Erkrankung / Behinderung (ggf. Flyer/Selbstdarstellung beifügen):

[Redacted area for description of illness/disability]

d) Angaben zur Verbreitung der Erkrankung / Behinderung im Land Brandenburg (soweit bekannt):

[Redacted area for distribution information]

(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)

[Redacted area for signature]

Ort, Datum

Stempel

[Redacted area for signature]

Name in Druckbuchstaben

2. rechtsverbindliche Unterschrift (und ggf. Stempel)

[Redacted area for signature]

Ort, Datum

Stempel

[Redacted area for signature]

Name in Druckbuchstaben

Haushaltsplan für das Jahr 2020

I. geplante Gesamtausgaben 2020

Gesamtausgaben (ohne Projekte und Zweckbetrieb)	Plan 2020
Personalkosten	
Löhne/Gehälter	EUR <input type="text"/>
sonstige Personalkosten z.B. Honorare (bitte erläutern)	EUR <input type="text"/>
<input type="text"/>	
Summe Personalkosten	EUR <input type="text"/>
Sachkosten	
Miete/Betriebskosten	
- für Bundes-/Landesgeschäftsstelle	EUR <input type="text"/>
- für andere Räumlichkeiten (bitte erläutern)	EUR <input type="text"/>
<input type="text"/>	
Geschäftsbedarf	
- Büromaterial	EUR <input type="text"/>
- Porto	EUR <input type="text"/>
- Fernmeldegebühren (Telefon/ Fax, Internet)	EUR <input type="text"/>
Ersatz/Anschaffung von Mobiliar und technischen Geräten	EUR <input type="text"/>
Fahrt-/Reisekosten	EUR <input type="text"/>
Qualifizierung / Fortbildung	EUR <input type="text"/>
Öffentlichkeitsarbeit (Vereinsmedien, PR, Kongresse, Messe)	EUR <input type="text"/>
Sonstige Sachkosten	EUR <input type="text"/>
Summe Sachkosten	EUR <input type="text"/>
Mitgliedsbeiträge für Organisationen	EUR <input type="text"/>
Weitere institutionelle Ausgabenpositionen z.B. gesetzlich notwendige Rückstellungen (nicht Rücklagen)	EUR <input type="text"/>
Gesamtausgaben	EUR <input type="text"/>
Ausgaben für Zweckbetrieb	EUR <input type="text"/>
Ausgaben für Projekte (sofern nicht in Gesamtausgaben enthalten)	EUR <input type="text"/>

II. Geplante Gesamteinnahmen 2020

Gesamteinnahmen (ohne Projekte und Zweckbetrieb)	Plan 2020
Eigenmittel	
Mitgliedsbeiträge	EUR <input type="text"/>
Zweckbetrieb (z.B. Verkauf von Produkten)	EUR <input type="text"/>
Einnahmen über eigene Förderkreise oder Fördervereine o.ä.	EUR <input type="text"/>
Zinserträge	EUR <input type="text"/>
Summe der Eigenmittel	EUR <input type="text"/>
Öffentliche Zuschüsse (institutionell)	
Landesmittel (z.B. von Landesministerien)	EUR <input type="text"/>
kommunale Mittel (z.B. von Städten und Gemeinden)	EUR <input type="text"/>
Summe Öffentliche Zuschüsse	EUR <input type="text"/>
Zuschüsse von Sozialversicherungen (institutionell)	
Rentenversicherungsträger	EUR <input type="text"/>
Unfallversicherungsträger	EUR <input type="text"/>
Pflegeversicherungsträger	EUR <input type="text"/>
davon für Aktivitäten gem. § 45 d SGB XI EUR:	
Beantragte Gemeinschaftsförderung (2020)	EUR <input type="text"/>
Summe Zuschüsse von Sozialversicherungen	EUR <input type="text"/>
Sonstige Einnahmen (bitte benennen)	
<input type="text"/>	EUR <input type="text"/>
<input type="text"/>	EUR <input type="text"/>
<input type="text"/>	EUR <input type="text"/>
Summe sonstige Einnahmen	EUR <input type="text"/>
Gesamteinnahmen	EUR <input type="text"/>

Geplante Einnahmen für Zweckbetrieb	EUR
Geplante Einnahmen für Projekte (sofern nicht in Gesamtausgaben enthalten)	EUR
darunter	
Öffentliche Zuschüsse (Projektförderung)	EUR
Kassenindividuelle Förderung (2020)	EUR

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 Strukturhebungsbogen 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, Datum
Stempel

1. rechtsverbindliche Unterschrift (und ggf. Stempel)

Ort, Datum
Stempel

2. rechtsverbindliche Unterschrift (und ggf. Stempel)

Nachweis über die Mittelverwendung gemäß § 20h SGB V für das Förderjahr 2019

Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift der Selbsthilfeorganisation):

AnsprechpartnerIn bei eventuellen Rückfragen (Name): _____ Telefon: _____

Bewilligungsschreiben vom:	Geschäftszeichen:	Betrag:
_____	_____	_____ €
<input type="checkbox"/> Die Fördermittel wurden gemäß dem o. a. Bewilligungsschreiben ausschließlich für unsere satzungsgemäßen gesundheitsbezogenen Aufgaben verwendet.		
Bericht des Kassen- bzw. Wirtschaftsprüfers		
<input type="checkbox"/> ist als Anlage beigefügt		
<input type="checkbox"/> wird bis zum _____ nachgereicht		
Eine summarische und tabellarische Auflistung der tatsächlichen Einnahmen und Ausgaben analog der Struktur des Haushaltsplans		
<input type="checkbox"/> ist als Anlage beigefügt		
<input type="checkbox"/> wird bis zum _____ nachgereicht		
1. rechtsverbindliche Unterschrift (und ggf. Stempel)		
_____	_____	
Ort, Datum	Name in Druckbuchstaben	
Stempel		
2. rechtsverbindliche Unterschrift (und ggf. Stempel)		
_____	_____	
Ort, Datum	Name in Druckbuchstaben	
Stempel		

Anlage zum Verwendungsnachweis

Gesamtausgaben (ohne Projekte und Zweckbetrieb)	2019
Personalkosten	
Löhne/Gehälter	EUR <input type="text"/>
Sonstige Personalkosten	EUR <input type="text"/>
Summe Personalkosten	EUR <input type="text"/>
Sachkosten	
Miete/Betriebskosten	
- für Bundes-/Landesgeschäftsstelle	EUR <input type="text"/>
- für andere Räumlichkeiten (bitte erläutern)	EUR <input type="text"/>
<input type="text"/>	
Geschäftsbedarf	
- Büromaterial	EUR <input type="text"/>
- Porto	EUR <input type="text"/>
- Fernmeldegebühren (Telefon/ Fax, Internet)	EUR <input type="text"/>
Ersatz/Anschaffung von Mobiliar und technischen Geräten	EUR <input type="text"/>
Ersatz/Anschaffung von Mobiliar und technischen Geräten	EUR <input type="text"/>
Fahrt-/Reisekosten	EUR <input type="text"/>
Qualifizierung / Fortbildung	EUR <input type="text"/>
Öffentlichkeitsarbeit (Vereinsmedien, PR, Kongresse, Messe)	EUR <input type="text"/>
Sonstige Sachkosten	EUR <input type="text"/>
Ersatz/Anschaffung von Mobiliar und technischen Geräten	EUR <input type="text"/>
Summe Sachkosten	EUR <input type="text"/>
Mitgliedsbeiträge für Organisationen	EUR <input type="text"/>
Weitere institutionelle Ausgabenpositionen z.B. gesetzlich notwendige Rückstellungen (nicht Rücklagen)	EUR <input type="text"/>
Gesamtausgaben	EUR <input type="text"/>
Ausgaben für Zweckbetrieb	EUR
Ausgaben für Projekte (sofern nicht in Gesamtausgaben enthalten)	EUR

Anlage zum Verwendungsnachweis

Gesamteinnahmen (ohne Projekte und Zweckbetrieb)	2019
Eigenmittel	
Mitgliedsbeiträge	EUR <input type="text"/>
Einnahmen über eigene Förderkreise oder Fördervereine o.ä.	EUR <input type="text"/>
Zinserträge	EUR <input type="text"/>
Summe der Eigenmittel	EUR <input type="text"/>
Öffentliche Zuschüsse (institutionell)	
Landesmittel (z.B. von Landesministerien)	EUR <input type="text"/>
kommunale Mittel (z.B. von Städten und Gemeinden)	EUR <input type="text"/>
Summe Öffentliche Zuschüsse	EUR <input type="text"/>
Zuschüsse von Sozialversicherungen (institutionell)	
Rentenversicherungsträger	EUR <input type="text"/>
Unfallversicherungsträger	EUR <input type="text"/>
Pflegeversicherungsträger	EUR <input type="text"/>
davon für Aktivitäten gem. § 45 d SGB XI EUR:	
Gemeinschaftsförderung (2019)	EUR <input type="text"/>
Summe Zuschüsse von Sozialversicherungen	EUR <input type="text"/>
Sonstige Einnahmen (bitte benennen)	
<input type="text"/>	EUR <input type="text"/>
<input type="text"/>	EUR <input type="text"/>
<input type="text"/>	EUR <input type="text"/>
Summe sonstige Einnahmen	EUR <input type="text"/>
Gesamteinnahmen	EUR <input type="text"/>
Einnahmen für Zweckbetrieb	EUR
Einnahmen für Projekte (sofern nicht in Gesamtausgaben enthalten)	EUR
darunter	
Öffentliche Zuschüsse (Projektförderung)	EUR
Kassenindividuelle Förderung (2019)	EUR

Kontakt Daten 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