

Antragsunterlagen zur krankenkassenindividuellen Projektförderung von Selbsthilfekontaktstellen (SHK) auf Landesebene für das Förderjahr 2023¹ 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 2022)
- Anlage 4: Kontaktdaten für die Antragstellung

Änderungen im Antragsvordruck durch den Antragsteller sind nicht zulässig.

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Erstantrag

**innerhalb der vergangenen drei Jahre
wurde ein Projektförderantrag gestellt**

¹ Antragsfrist für die Einreichung von Förderanträgen ist der **31. Januar 2023** für das Förderjahr 2023.

Name und Anschrift der Selbsthilfekontaktstelle:

[Redacted]

[Redacted]

Name und Anschrift des Trägers:

[Redacted]

[Redacted]

Telefon:

[Redacted]

E-Mail:

[Redacted]

Fax:

[Redacted]

Internet:

[Redacted]

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

- Ja Nein

Bitte den Namen des **Fördermittelgebers** angeben:

[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]

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.

Höhe der beantragten Projektfördermittel in 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) Ausführliche Projektbeschreibung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3) 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
<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.

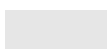
Der Antragsteller verpflichtet sich, die finanziellen Zuschüsse zweckgebunden – gemäß § 20h SGB V – zu verwenden. Ein Rechtsanspruch auf eine bestimmte Fördersumme besteht nicht. Die Höhe der Förderung ist abhängig von der im Förderjahr vorhandenen Gesamtfördersumme, den jeweiligen Förderschwerpunkten 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 Unterschrift (und ggf. Stempel)



Ort, Datum



Name in Druckbuchstaben

Stempel

2. rechtsverbindliche Unterschrift (und ggf. Stempel)



Ort, Datum



Name in Druckbuchstaben

Stempel

Strukturerhebungsbogen für die gesundheitsbezogenen Selbsthilfekontaktstellen

Stand der nachstehenden Angaben: (Datum)

Name und Anschrift der Selbsthilfekontaktstelle::	
Name und Anschrift des Trägers:	
Vorsitzende(r)/Präsident(in):	<input style="width: 400px;" type="text"/>
ggf. Geschäftsführer(in):	<input style="width: 400px;" type="text"/>
Telefon: <input style="width: 150px;" type="text"/>	Telefax: <input style="width: 150px;" type="text"/>
E-Mail: <input style="width: 150px;" type="text"/>	Internet: <input style="width: 150px;" type="text"/>

Einzugsbereich der Selbsthilfekontaktstelle

a) Bitte nennen Sie die/den Region, Bezirk, Kreis, Stadt:	<input style="width: 450px;" type="text"/>
b) Anzahl der EinwohnerInnen im Einzugsbereich:	<input style="width: 450px;" type="text"/>
c) Anzahl der gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen im Einzugsbereich	<input style="width: 450px;" type="text"/>

Erfolgte im letzten oder in diesem Förderjahr eine gemeinschaftliche Förderung durch die gesetzlichen Krankenkassen? (Wenn ja, bitte letztes Förderjahr und Höhe der Förderung angeben) Ja Nein

Wenn ja, in welcher Höhe €

1. rechtsverbindliche Unterschrift (und ggf. Stempel)

Ort, Datum Name in Druckbuchstaben

Stempel

2. rechtsverbindliche Unterschrift (und ggf. Stempel)

Ort, Datum Name in Druckbuchstaben

Stempel

Nachweis über die Mittelverwendung gemäß § 20h SGB V für das Förderjahr 2022 - Projektförderung

Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift der Selbsthilfekontaktstelle):

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 _____ 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)

Ort, Datum

Name in Druckbuchstaben

Stempel

2. rechtsverbindliche Unterschrift (und ggf. Stempel)

Ort, Datum

Name in Druckbuchstaben

Stempel

Kontakt Daten 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