

Antragsunterlagen zur krankenkassenindividuellen Projektförderung von Selbsthilfeorganisationen (SHO) auf Landesebene für das Förderjahr 2022¹ 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 2021)
- 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 2022** für das Förderjahr 2022.

Name und Anschrift 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]

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.

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

Höhe der beantragten Projekt-Fördermittel	EUR <div style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 50px; height: 15px; vertical-align: middle;"></div>
--	---

Folgende Anlagen sind diesem Antrag beigefügt und auszufüllen: (bitte ankreuzen)			
	liegt bereits vor	ist beigefügt	wird nachgereicht bis
1) Strukturhebungsbogen (einschließlich der Ausweisung von Personalstellen)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vom Antragsteller sind zusätzlich beizufügen: (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
<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.

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 Selbsthilfeorganisationen auf Landesebene

Stand der nachstehenden Angaben: (Datum)

Name des Landesverbandes:	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Anschrift:	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Vorsitzende(r)/Präsident(in):	<input style="width: 100%;" type="text"/>
ggf. Geschäftsführer(in):	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Telefon: <input style="width: 30%;" type="text"/>	Telefax: <input style="width: 30%;" type="text"/>
E-Mail: <input style="width: 30%;" type="text"/>	Internet: <input style="width: 30%;" type="text"/>

- (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: €
- 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 2022 beträgt: €

(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-Skelettsystems, der Gelenke, der Muskeln und des Bindegewebes | <input type="checkbox"/> Endokrine Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten |
| <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):

[Redacted area]

(7) Selbstdarstellung des Landesverbandes:

Broschüre, Faltblatt o. ä. zur Selbstdarstellung des Landesverbandes, der Ziele und Arbeitsschwerpunkte ist beigefügt

(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)

[Redacted area]

Ort, Datum

[Redacted area]

Name in Druckbuchstaben

Stempel

2. rechtsverbindliche Unterschrift (und ggf. Stempel)

[Redacted area]

Ort, Datum

[Redacted area]

Name in Druckbuchstaben

Stempel

Nachweis über die Mittelverwendung gemäß § 20h SGB V für das Förderjahr 2021 - Projektförderung

Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift der Selbsthilfeorganisation):	
[Redacted]	
[Redacted]	
[Redacted]	
AnsprechpartnerIn bei eventuellen Rückfragen (Name):	Telefon:
[Redacted]	[Redacted]

Bewilligungsschreiben vom:	Geschäftszeichen:	Betrag:
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted] €
<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)

[Redacted]

Ort, Datum

[Redacted]

Name in Druckbuchstaben

Stempel

2. rechtsverbindliche Unterschrift (und ggf. Stempel)

[Redacted]

Ort, Datum

[Redacted]

Name in Druckbuchstaben

Stempel

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