

**Antragsunterlagen zur krankenkassenindividuellen
Projektförderung von Selbsthilfekontaktstellen
(SHK) auf Landesebene für das Förderjahr 2026
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 2025)
- 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 31.01.2026 für das Förderjahr 2026

Name und Anschrift der Selbsthilfekontaktstelle	
Name und Anschrift des Trägers	
Telefon	E-Mail
Fax	Internet
Wird die Selbsthilfekontaktstelle durch die öffentliche Hand anteilig gefördert?	
☐ ja ☐ nein	
Bitte den Namen des Fördermittelgebers angeben	

Bankverbindung	
Kontoinhaber	
Kreditinstitut	
IBAN	BIC

Nennung des/der vertretungsberechtigten Ansprechpartners/in für Rückfragen zum Antrag	
Name	
Telefon	E-Mail

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) (bitte benennen)		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 (z.B. Pharmaunternehmen, Medizinproduktehersteller) (bitte benennen)		in Höhe von	Euro
Weitere (bitte benennen)		in Höhe von	Euro
		in Höhe von	Euro
		in Höhe von	Euro
☐ 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) *	☐	☐	_____

vom Antragsteller sind zusätzlich beizufügen (bitte ankreuzen)

2) Ausführliche Projektbeschreibung	☐	☐	_____
3) Aussagekräftiger Finanzierungsplan)	☐	☐	_____

* 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:

<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 Selbsthilfekontaktstellen

Stand der nachstehenden Angaben _____

Name und Anschrift der Selbsthilfekontaktstelle

Name und Anschrift des Trägers

Vorsitzende(r)/ Präsident(in)

ggf. Geschäftsführer(in)

Telefon _____

Fax _____

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 Selbsthilfegruppen im Einzugsbereich _____

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

_____ Euro

(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

Nachweis über die Mittelverwendung gemäß § 20h SGB V für das Förderjahr 2025 - Projektförderung

Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift der Selbsthilfekontaktstelle):

Ansprechpartner/in bei eventuellen
Rückfragen

Telefon

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

Kontakt Daten für die Antragstellung

Die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung von Selbsthilfekontaktstelle 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