

Kassenindividuelle Selbsthilfeförderung der IKK Südwest

Antragsunterlagen Projektförderung

örtliche/regionale Selbsthilfegruppe

IKK Südwest
Referat Gesundheitsförderung

Kirsten Beck
Hoevelstr. 19-23
56073 Koblenz

Telefon 02 61/89 96-71 02, Fax 02 61/89 96-71 95
E-Mail: kirsten.beck@ikk-sw.de

Damit die gesetzlichen Krankenkassen über eine Förderung entscheiden können, ist Ihre Mitwirkung nach § 60 SGB I erforderlich. Die folgenden Angaben werden für die ordnungsgemäße Bearbeitung Ihres Antrages auf Förderung nach § 20h SGB V benötigt. Eine fehlende Mitwirkung kann zur Ablehnung Ihres Antrages führen.

Reichen Sie deshalb den Antrag mit den erforderlichen Anlagen (s. Seite 8) **nur** vollständig ausgefüllt **und** unterschrieben ein (s. hierzu Seiten 7 u. 9). Änderungen im Antragsvordruck durch den Antragsteller sind nicht zulässig. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.ikk-suedwest.de/datenschutzhinweise.

(Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Erstantrag*

Folgeantrag**

*Bei der IKK Südwest wurde bisher noch nie ein Antrag auf Projektförderung gestellt.

** Bei der IKK Südwest wurde in den Vorjahren bereits ein Antrag auf Projektförderung gestellt.

1. Antrag PROJEKTFÖRDERUNG

1.1. Kontaktdaten

Sitz der Selbsthilfegruppe bzw. Bundesland

Rheinland-Pfalz

Saarland

Name des Antragstellers (der Selbsthilfegruppe):

Anschrift bzw. Kontaktadresse für den Schriftverkehr:

Telefon:

E-Mail:

Fax:

Internet:

1.2. Bankverbindung:

Kontoinhaber:

Kreditinstitut:

IBAN:

BIC:

1.3. Ansprechpartner/-in für Rückfragen zum Antrag:

Name:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

1. Antrag PROJEKTFÖRDERUNG

1.4. Angaben zur Selbsthilfegruppe (SHG)

Treffpunkt der Selbsthilfegruppe (mit Anschrift):

[Redacted area for meeting point and address]

Mit welchem Krankheitsbild befasst sich die Selbsthilfegruppe?

[Redacted area for disease description]

Seit wann besteht die SHG?

[Redacted area for duration]

Ist die SHG offen für neue Mitglieder?

[Redacted area for membership status]

Wie viele Mitglieder hat die SHG?

[Redacted area for number of members]

Wie viele Personen nehmen regelmäßig an den Gruppentreffen teil?

[Redacted area for regular attendance]

Wie häufig finden Treffen der Gesprächsgruppen/-kreise zum krankheitsbezogenen Austausch statt?

[Redacted area for meeting frequency]

Ist die SHG Mitglied in einem Landesverband/Bundesverband?

Ja

Nein

Wenn ja, in welchem:

[Redacted area for association name]

Muss die SHG Raummiete/Nebenkosten bezahlen?

Ja

Nein

Wenn ja, an wen:

[Redacted area for landlord]

in welcher Höhe:

[Redacted area for amount]

Anlass der Raumnutzung:

[Redacted area for purpose]

Wird die Gruppe angeleitet/moderiert?

Ja

Nein

Wenn ja, von wem?

Betroffene/r

Angehörige/r

Sonstige (z.B. Arzt, Therapeut)

[Redacted area for other facilitator]

1. Antrag PROJEKTFÖRDERUNG

1.5. Geplante Ausgaben für das Projekt

Ausgaben für das Projekt lt. Finanzierungsplan	
Raummiete	EUR
Honorar für Referenten	EUR
Übernachungskosten	EUR
Verpflegung	EUR
Gebühren (z. B. für Seminare, Messestand ...)	EUR
Fahrt-/Reisekosten	EUR
Materialkosten (Bitte nennen): _____	EUR
Größere Anschaffungen für das Projekt (Bitte nennen): _____	EUR
Öffentlichkeitsarbeit	
Broschüre	EUR
Einladungen (Papier, Porto, Telefon)	EUR
Flyer	EUR
Handzettel	EUR
Neueinrichtung einer Homepage für die Selbsthilfegruppe	EUR
Sonstige Kosten:	
_____	EUR
_____	EUR
_____	EUR
Summe der Gesamtausgaben	EUR

1. Antrag PROJEKTFÖRDERUNG

1.6. Geplante Einnahmen für das Projekt

Einnahmen für das Projekt lt. Finanzierungsplan	
Eigene Mittel (Teilnehmerbeiträge, Rücklagen, Verkauf von Produkten etc.)	EUR
Fremde Mittel	
Öffentliche Hand	
Landesmittel, Bundesmittel	EUR
Kommunale Mittel	EUR
Zuschüsse anderer Gesetzlicher Krankenversicherungen (nur Projektförderung)	
BARMER-GEK	EUR
BKK	EUR
DAK	EUR
HEK	EUR
HKK	EUR
AOK	EUR
KKH	EUR
Knappschaft	EUR
SVLFG	EUR
TK	EUR
Zuschüsse sonstiger Sozialversicherungsträger	
Pflegeversicherung nach § 45 d i.V. m. § 45 c SGB XI	EUR
Rentenversicherung	EUR
Unfallversicherung	EUR
Sonstige Einnahmen	
Sponsoring (z.B. Pharmaunternehmen, Medizinprodukte-Hersteller)	EUR
Erhaltene Leistungen Dritter (geldwerte Dienstleistungen)	EUR
Spenden oder Zuwendungen von Stiftungen	EUR
Weitere Einnahmen (z.B. aus Lotterien/ Bußgeldern)	EUR
Summe Fremde Mittel	EUR
Summe der Gesamteinnahmen	EUR

1. Antrag PROJEKTFÖRDERUNG

1.7. Angaben zur beantragten Projektförderung:

Name des Projekts

Veranstaltungsort:

Laufzeit des Projektes (Datum von...bis):

Projektziel:

Projektbeschreibung:

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

Höhe der beantragten Fördermittel bei der IKK Südwest	EUR _____
--	------------------

1. Antrag PROJEKTFÖRDERUNG

1.8. Abschließende Erklärung

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.
<ul style="list-style-type: none"> die Grundsätze zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit eingehalten werden.
<ul style="list-style-type: none"> die im aktuellen GKV-Leitfaden (A.5.3 a und b) genannten Fördervoraussetzungen zur Kontoführung eingehalten werden.

Der Antragsteller nimmt zur Kenntnis, dass bei einem positiven Bescheid kein Anspruch auf Förderung in gleicher Höhe in den folgenden Haushaltsjahren besteht.

Der Antragsteller wird auf Anforderung des Fördermittelgebers ggf. weitere Unterlagen und Nachweise, die für die Beurteilung des Antrags notwendig sind, zur Verfügung stellen. Er nimmt zur Kenntnis, dass der Fördermittelgeber bei vorsätzlich falschen oder grob fahrlässigen Angaben berechtigt ist, die Fördermittel ganz oder teilweise zurückzufordern.

Erklärung des Antragstellers:

Hiermit erklären wir, dass für die beantragte Maßnahme kein Antrag über die kassenartenübergreifende Pauschalförderung gestellt wurde und wir für dieses Projekt keine Fördergelder der GKV-Gemeinschaftsförderung erhalten haben.

Ort, Datum

1. Legitimierter Vertreter

Name, Vorname in Druckbuchstaben

2. Legitimierter Vertreter

Ort, Datum

Name, Vorname in Druckbuchstaben

Stempel

Unterschrift – 1. Legitimierter Vertreter

Unterschrift – 2. Legitimierter Vertreter

1. Antrag PROJEKTFÖRDERUNG

1.9. Anlagen

Erstantrag

(Erstmalige Beantragung von Projektfördermitteln bei der IKK Südwest)

Folgende Anlagen sind diesem Antrag beigefügt (bitte ankreuzen):	
<input type="checkbox"/>	Datenverwendungserklärung (Anlage 1)
<input type="checkbox"/>	Aktuelle Satzung*
<input type="checkbox"/>	Finanzierungsplan (geplante Einnahmen und Ausgaben für das Projekt)
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

Folgeantrag

Folgende Anlagen sind diesem Antrag beigefügt (bitte ankreuzen):	
<input type="checkbox"/>	Datenverwendungserklärung (Anlage 1)
<input type="checkbox"/>	Aktuelle Satzung*
<input type="checkbox"/>	Finanzierungsplan (geplante Einnahmen und Ausgaben für das Projekt)
<input type="checkbox"/>	Verwendungsnachweis des Vorjahres <input type="checkbox"/> Formular „Mittelverwendung Projektförderung“ wurde bereits abgegeben
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

*Nur erforderlich, wenn es sich bei der Selbsthilfegruppe um einen eingetragenen Verein (e. V.) handelt.

2. Datenverwendungserklärung

(Anlage 1)

Noch eine Bitte im eigenen Interesse der Antragsteller:

Wichtige Voraussetzung zur besseren Umsetzung der Selbsthilfeförderung nach § 20h SGB V ist größtmögliche 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.

Zur Bearbeitung Ihres Antrags innerhalb der GKV benötigen wir **zwingend** folgende Einverständniserklärung.

Wir willigen ein, dass die Angaben aus dem Antrag für folgende Zwecke verwendet werden dürfen:

- Antragsbearbeitung
- 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 unserer Selbsthilfegruppe durch die gesetzlichen Krankenkassen zu den gesetzlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen der gesundheitsbezogenen Selbsthilfeförderung,
- Dokumentation des Fördergeschehens für interne Zwecke der jeweiligen Krankenkassen und ihrer Verbände,
- Information und Beratung der Versicherten und der interessierten Öffentlichkeit über Art der Selbsthilfegruppe, betroffenes Krankheitsbild, Name der Selbsthilfegruppe sowie die für die Erreichbarkeit erforderlichen Daten.

Wir willigen in diese o.g. Datenverwendung ein:

Ort, Datum

Unterschrift

3. Nachweis über die Mittelverwendung gemäß § 20h SGB V

(Anlage 2)

Sitz der Selbsthilfegruppe bzw. Bundesland	<input type="checkbox"/> Rheinland-Pfalz	<input type="checkbox"/> Saarland
Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift der Selbsthilfegruppe):		
Name/Ansprechpartner/-in bei eventuellen Rückfragen:		
		Telefon:

Bewilligungsschreiben vom

Betrag:

 €

Verwendungszweck (Projekt):

Der Empfänger der Fördermittel bestätigt, dass

- die Mitteilungspflichten gem. Leitfaden Selbsthilfeförderung erfüllt sind,
- die Fördermittel wirtschaftlich, sparsam und zweckgebunden verwendet wurden,
- die Fördermittel ausschließlich für satzungsgemäße gesundheitsbezogene Selbsthilfeaufgaben der Selbsthilfegruppe verwendet wurden.

Folgende Anlagen sind zusammen mit diesem Verwendungsnachweis vorzulegen:

- Tätigkeitsbericht bzw. kurzer Sachbericht zum Verlauf des Projekts inkl. Zweck- und Zielerreichung.
- Zahlenmäßiger Nachweis der Einnahmen und Ausgaben im Rahmen des Projekts (analog Finanzierungsplan) inkl. Belegliste (s. Anlage 2a).
- Belegexemplar bei Förderung von Medien/Druckerzeugnissen.
- Kopien von Veröffentlichungen (z.B. Presseartikel u. ä.)

Zurück an:

IKK Südwest
Referat Gesundheitsförderung
Kirsten Beck
Hoevelstr. 19-23
56073 Koblenz

Ort, Datum

rechtsverbindliche Unterschrift
1. Legitimierter Vertreter

rechtsverbindliche Unterschrift
2. Legitimierter Vertreter

Abgabefrist: unaufgefordert an obige Adresse direkt nach Durchführung des Projektes, spätestens bis 31. Dezember des Jahres!

