

# **ARGE Selbsthilfeförderung Mecklenburg-Vorpommern**

Ende der Antragsfrist: 31.01.2018

## **Kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung**

**nach § 20h SGB V**

### **Antragsunterlagen für die Förderung**

#### **der örtlichen/regionalen Selbsthilfegruppen**

Damit die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände 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.

Bitte reichen Sie den Antrag mit den erforderlichen Anlagen nur vollständig ausgefüllt und unterschrieben ein. Änderungen im Antragsvordruck sind nicht zulässig.

## **Antragsvordruck für die örtlichen/regionalen Selbsthilfegruppen zur Beantragung pauschaler Fördermittel gemäß § 20h SGB V für das Förderjahr 2018**

**(1) Angaben zum Antragsteller:**

ggf. Nummer der Selbsthilfegruppe:

Name der Selbsthilfegruppe:

Anschrift:

Telefon:

Fax:

Email:

Internet:

Ansprechpartner/Gruppenleitung (mit Anschrift und Telefonnummer, wenn abweichend zu o.a. Angaben):

Treffpunkt der Selbsthilfegruppe (mit Anschrift und Telefonnummer, wenn abweichend zu o.a. Angaben):

**(2) Angaben zur Selbsthilfegruppe (SHG):**

Mit welchem Krankheitsbild befasst sich die SHG?

Seit wann besteht die SHG?

Wie viele Mitglieder hat die SHG?

Wie häufig finden Gruppentreffen statt?

Ist die SHG Mitglied in einem Landesverband?

Ja       Nein

Wenn ja, in welchem:

Wird die SHG von einer professionellen Fachkraft (z.B. Ärzte oder Therapeuten) angeleitet?

Ja       Nein

Hinweis: Eine Förderung von Selbsthilfegruppen ist nur möglich, wenn diese **nicht** von professionellen Helfern geleitet werden. (Leitfaden zur Selbsthilfeförderung)

**(3) Angaben zur beantragten Förderung und zum erwarteten finanziellen Umfang:**

**Verwaltungskosten / Miete**

- Raumkosten	EUR
- Büroausstattung und Sachkosten:	EUR
- Porto, Telefon, Fax, Internet:	EUR
- Ersatz/Anschaffung von Mobiliar und technischen Geräten:	EUR
- Weitere Sachkosten:	EUR

**Öffentlichkeitsarbeit**

Internetauftritt, Mitgliederzeitschriften	EUR
---	-----

**Qualifizierung / Fortbildung** (bitte erläutern, für welche Maßnahmen)

EUR

**Tagungs-, Kongressbesuche von Gruppenmitgliedern** (bitte erläutern)

EUR

**Kosten für Gremiensitzungen** (bitte erläutern)

EUR

**(4) Voraussichtliche Einnahmen der Selbsthilfegruppe?**

<input type="checkbox"/> Mitgliedsbeiträge	EUR
<input type="checkbox"/> Öffentliche Hand (z.B. Land, Kommunen)	EUR
<input type="checkbox"/> Zuschüsse Renten-/Unfallversicherung/Pflegeversicherung	EUR
<input type="checkbox"/> Sponsoring (Pharmaunternehmen, Medizinproduktehersteller etc.)	EUR
<input type="checkbox"/> Landesverband (bei Mitgliedschaft)	EUR
<input type="checkbox"/> Spenden	EUR
<input type="checkbox"/> Andere Einnahmen / Entnahme Rücklagen (Erbschaften etc.)	EUR
<input type="checkbox"/> geldwerte Dienstleistungen/Naturalien	EUR

Hat die SHG Fördermittel nach den §§ 45d i.V.m. 45c SGB XI (zur Unterstützung von Pflegebedürftigen oder von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf) für niedrigschwellige Betreuungsangebote beim Land oder einer Kommune beantragt?

Ja       Nein

Wenn ja, für welchen Zweck: EUR

**(5) Benötigte Fördermittel**

Es wird hiermit eine pauschale Förderung beantragt in Höhe von: EUR

**(6) Bankverbindung:**

**Unsere Selbsthilfegruppe verfügt über ein eigenes Konto**

Bitte überweisen Sie die Förderung auf das für die Zwecke der Selbsthilfegruppe eingerichtete Konto, Treuhandkonto, ein Konto das für die Gruppe als GbR oder alternativ als Giro-Unterkonto, eröffnet wurde. Dieses Konto wurde für die jeweilige Selbsthilfegruppe angelegt und die Gruppe kann über die volle Förderhöhe verfügen.

Kontoinhaber/in \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

bei \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

**Erklärung des/der Kontoinhabers/in bzw. des/der Verfügungsberechtigten**

Hiermit erkläre ich, dass ich stellvertretend für die Selbsthilfegruppe die Fördermittel durch die Krankenkasse in Empfang nehme. Ich bin verantwortlich für die ordnungsgemäße Verwendung der Fördermittel sowie für die Ausstellung und Zusendung des entsprechenden Verwendungsnachweises.

Ort, Datum

Unterschrift (Verfügungsberechtigte/r der Selbsthilfegruppe)

**Unsere Selbsthilfegruppe verfügt über kein eigenes Konto**

Bitte überweisen Sie die Förderung auf das Unter-Konto der Selbsthilfekontaktstelle / des Verbandes/Vereins. Dieses Konto wurde für die Untergliederung angelegt und ist für die Selbsthilfegruppe verfügbar.

Kontoinhaber/in bzw. Verfügungsberechtigte/r \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

bei \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

**Erklärung des/der Kontoinhabers/in bzw. des/der Verfügungsberechtigten**

Hiermit erklären wir, dass der Selbsthilfegruppe gemäß § 20h SGB V der bewilligte Förderbetrag der ARGE Selbsthilfeförderung Mecklenburg-Vorpommern ohne jeglichen Abzug zur Verfügung steht.

Ort, Datum

Unterschrift Selbsthilfekontaktstelle, Verband/Verein, ggfls. Stempel

**Der Antragsteller erklärt, dass**

- die Angaben im Antrag richtig und vollständig sind.
- die SHG über eine ordnungsgemäße Buchführung und eine entsprechende Verwaltung verfügt.

Der Antragsteller wird auf Anforderung des Fördermittelgebers ggf. weitere Unterlagen und Nachweise, die für die Beurteilung des Antrages 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. Der Antrag ist rechtsverbindlich von den zur Vertretung Befugten zu unterzeichnen. Sofern Satzungen keine andere Regelung vorsehen, sind Anträge **von zwei Vertretungsbefugten zu unterzeichnen**.

Ort, Datum

1. Unterschrift

Ort, Datum

2. Unterschrift

**Bitte beachten:**

Nur vollständige Antragsunterlagen gewährleisten eine zeitnahe Prüfung Ihres Förderantrages. Bei der Beantragung pauschaler Fördermittel im Rahmen der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung sind alle nachstehend aufgeführten Antragsunterlagen einzureichen.

**Diesem Antrag sind folgende Anlagen beizufügen:**

- Datenverwendungserklärung (Anlage 1)
- Nachweis über die Mittelverwendung aus dem Vorjahr

**Zusätzlich sind beigelegt:**

- Selbstdarstellung der SHG
- ggf. Presseartikel/ Flyer/ Handzettel
- Sonstiges
- Wir verfügen über keine Materialien.

## **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 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.

Wir willigen ein, dass die Angaben aus dem Strukturhebungsbogen und dem Antrag 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.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

**zum Verbleib beim Antragsteller**

**Kontaktadresse für die Antragstellung**

---

**Die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung im Land Mecklenburg-Vorpommern wird durch folgende Krankenkassen/-verbände gewährleistet:**

AOK Nordost, Region Mecklenburg-Vorpommern, 14456 Potsdam

BKK-Landesverband NORDWEST, Süderstr. 24, 20097 Hamburg

IKK Nord, Greifstr. 107, 17034 Neubrandenburg

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, Werderstraße 74 a, 19055 Schwerin

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Hoppegartener Str. 100, 15366 Hoppegarten

KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Nord, Millerntorplatz 1, 20359 Hamburg

**Federführung 2018:**

**AOK Nordost – Die Gesundheitskasse**

**Prävention**

**Detlef Fronhöfer**

**14456 Potsdam**

**Telefon 0800 265080-32416**

**Telefax 0800 265080-31506**

**E-Mail [detlef.fronhoefer@nordost.aok.de](mailto:detlef.fronhoefer@nordost.aok.de)**