

**Arbeitsgemeinschaft
„Selbsthilfeförderung der GKV in Sachsen-Anhalt“
Antrag für Landesorganisationen der Selbsthilfe auf Förderung
gemäß § 20 c SGB V für das Jahr _____**

**An die Arbeitsgemeinschaft der
„Selbsthilfeförderung der GKV in
Sachsen-Anhalt“**

Postanschrift:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Landesvertretung Sachsen-Anhalt
Schleiufer 12
39104 Magdeburg

AOK Sachsen-Anhalt
Lüneburger Straße 4, 39106 Magdeburg
BKK - Landesverband Ost
Landesrepräsentanz Sachsen-Anhalt
Universitätsplatz 12, 39104 Magdeburg
Knappschaft Bezirksleitung Halle
Merseburger Str. 52, 06110 Halle
IKK Landesverband Sachsen-Anhalt
Umfassungsstraße 85, 39124 Magdeburg
LKK Mittel-und Ostdeutschland
handelt als Landesverband
Hoppegartener Str. 100, 15366 Hoppegarten
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Schleiufer 12, 39104 Magdeburg

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 § 20 c SGB V benötigt. Eine fehlende Mitwirkung kann zur Ablehnung Ihres Antrages führen.

- Anlage 1: Strukturerhebungsbogen**
- Anlage 2: Antragsformular**
- Anlage 3: Datenschutzhinweis**
- Anlage 4: Verwendungsnachweis**

Arbeitsgemeinschaft „Selbsthilfeförderung der GKV in Sachsen-Anhalt“

Anlage 1

Strukturerhebungsbogen für die gesundheitsbezogenen Selbsthilfeorganisationen auf Landesebene

Stand der nachstehenden Angaben: _____ (Datum)

Name des Landesverbandes:	_____		
Anschrift:	_____		
Postleitzahl:	_____	Ort:	_____
Vorsitzende(r)/Präsident(in):	_____		
ggf. Geschäftsführer(in):	_____		
Telefon:	_____	Telefax:	_____
E-Mail:	_____	Internet:	_____

- (1) a) Gründungsjahr des Landesverbandes: _____
b) Jahr der Eintragung in das Vereinsregister: _____
c) **Falls noch keine Eintragung erfolgt ist, bis wann ist die Eintragung vorgesehen:** _
d) _____ Gründe für Nichteintragung in das

Vereinsregister: _____

(2) Mitglieder:

- a) Gesamtzahl der Einzelmitglieder des Landesverbandes: _____
b) **Gesamtzahl der regionalen/örtlichen Selbsthilfegruppen:** _____

- (3) a) Werden Mitgliedsbeiträge erhoben? Ja Nein
b) Wenn ja, Höhe des Mitgliedsbeitrages: _____ €

(4) In welchen Organisationen ist der Landesverband Mitglied?

- Landesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte (LAGH)
 Der Paritätische (DPWV)
 Kindernetzwerk

Arbeitsgemeinschaft „Selbsthilfeförderung der GKV in Sachsen-Anhalt“

- Andere Wohlfahrts-/Sozialverbände: _____
- Sonstige (z.B. Fachgesellschaften – bitte nennen): _____

(5) Verfügt der Landesverband über einen wissenschaftlichen Beirat?

- Ja Nein

(6) Anzahl der hauptberuflichen Stellen im Landesverband?

- keine unter 1 1 bis 2 3 bis 5 mehr als 5

(7) a) Zuordnung des Landesverbandes gemäß Krankheitsverzeichnis nach § 20 Abs. 4 SGB V
(Mehrfach-Nennungen möglich):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Hirnbeschädigungen |
| <input type="checkbox"/> Krankheiten des Skeletts, der Gelenke der Muskeln und des Bindegewebes | <input type="checkbox"/> Endokrine Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen | <input type="checkbox"/> Krankheiten des Blutes, des Immunsystems/Immundefekte |
| <input type="checkbox"/> Allergische und asthmatische Erkrankungen, Atemwegserkrankungen | <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 | <input type="checkbox"/> Angeborene Fehlbildungen/Deformitäten und Behinderungen |
| <input type="checkbox"/> Suchterkrankungen | <input type="checkbox"/> Chronische Schmerzen |
| <input type="checkbox"/> Krankheiten des Nervensystems | <input type="checkbox"/> Organtransplantationen |

b) Name der Erkrankung/Behinderung: _____

c) Angaben zur Verbreitung der Erkrankung/Anzahl der erkrankten/behinderten Menschen in Deutschland:

d) Kurzbeschreibung der Erkrankung/Behinderung (ggf. auf gesonderten Blatt):

(8) Selbstdarstellung des Landesverbandes

- Broschüre, Faltblatt über unsere Ziele und Arbeitsschwerpunkte ist beigelegt.
- Mitgliederzeitschrift: Auflagenhöhe _____ Ausgaben pro Jahr _____

Arbeitsgemeinschaft

„Selbsthilfeförderung der GKV in Sachsen-Anhalt“

Sonstige Medien/Veröffentlichungen (ggf. Veröffentlichungsverzeichnis beifügen): _____

(9) Hat sich der Landesverband eine Selbstverpflichtung zum Umgang mit im Wettbewerb stehenden Wirtschaftsverbänden/-unternehmen im Gesundheitswesen gegeben (z.B. Sponsoring)?

Ja Nein

Ort, Datum

rechtsverbindliche Unterschrift (ggf. Stempel)

Arbeitsgemeinschaft „Selbsthilfeförderung der GKV in Sachsen-Anhalt“

Anlage 2

Antrag zur Förderung von Selbsthilfeorganisationen auf Landesebene
nach § 20 c SGB V für das Förderjahr ¹⁾ _____

Name des Förderempfängers/des Landesverbandes: _____

Anschrift: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

Email: _____ Internet-Adresse: _____

Bankverbindung:

Kontoinhaber:
(falls vom Förderempfänger abweichend)

Kontonummer: _____

Bankleitzahl: _____

Kreditinstitut: _____

Ansprechpartner/in des Landesverbandes für evtl. Rückfragen zum Antrag:

Name: _____

Telefon: _____

Telefax: _____

Email: _____

¹⁾ Antragsfrist für die Einreichung von Förderanträgen ist der **31. Januar** des laufenden Jahres.

Arbeitsgemeinschaft „Selbsthilfeförderung der GKV in Sachsen-Anhalt“

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Antrag auf pauschale Förderung

(1) Bitte die gesundheitsbezogenen Arbeitsschwerpunkte gemäß § 20 Abs. 4 SGB V für das Förderjahr benennen:

Weitere finanzielle Ressourcen wurden erschlossen durch:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Unfallversicherung | <input type="checkbox"/> Rentenversicherung (z.B. BfA/LVA) |
| <input type="checkbox"/> Bußgelder | <input type="checkbox"/> öffentliche Hand (z.B. Länder, Kommunen) |
| <input type="checkbox"/> Wirtschaftsunternehmen im Gesundheitswesen (z.B. Pharma, Medizinproduktehersteller) | |
| <input type="checkbox"/> sonstige Wirtschaftsunternehmen | <input type="checkbox"/> Lotterien (z.B. Aktion Mensch) |
| <input type="checkbox"/> Es wurde bei keiner der o.a. Institution und/oder Einrichtung Anträge gestellt. | |

Der Landesverband beantragt hiermit eine pauschale Förderung in Höhe von

Euro.

Arbeitsgemeinschaft „Selbsthilfeförderung der GKV in Sachsen-Anhalt“

Folgende Anlagen sind diesem Antrag beizufügen:

- aktueller Strukturhebungsbogen: liegt bereits vor ist beigelegt
- aktuelle Satzung ³⁾: liegt bereits vor ist beigelegt
- aktueller Körperschaftssteuer-Freistellungsbescheid des Finanzamtes ³⁾ liegt bereits vor ist beigelegt
- Haushaltsplan für das Antragsjahr (ggf. Entwurf)
- Letzter genehmigter Jahresabschluss ³⁾
- Mitteilung über die letzte Entlastung des Vorstandes durch die Mitgliederversammlung/ Delegiertenversammlung ³⁾
- Geschäfts-/Tätigkeitsbericht ³⁾

Fehlende Unterlagen reichen wir bis zum _____ nach.

Der Landesverband verpflichtet sich, die finanziellen Zuschüsse zweckgebunden – gemäß § 20 c SGB V – zu verwenden. ²⁾

Ort, Datum

rechtsverbindliche Unterschrift (und ggf. Stempel)

²⁾ Die Arbeitsgemeinschaft „Selbsthilfeförderung der GKV in Sachsen-Anhalt“ behält sich im Einzelfall vor, detaillierte Nachweise über die Mittelverwendung beim Förderempfänger anzufordern. Bei vorsätzlich falschen oder grob fahrlässigen Angaben sind die Arbeitsgemeinschaft und/oder deren Mitglieder (Krankenkassen, der Krankenkassenverbände) berechtigt, finanzielle Zuwendungen zurückzufordern

³⁾ Für rechtsfähige Untergliederungen auf Landesebene verpflichtend.

Arbeitsgemeinschaft „Selbsthilfeförderung der GKV in Sachsen-Anhalt“

Anlage 3

Noch eine Bitte in eigener Sache:

Wichtige Voraussetzung zur besseren Umsetzung der Selbsthilfeförderung nach § 20 c 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 Informationen zu Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen erhalten können.

Damit die weitergehende Verwendung der entsprechenden Informationen auf rechtlich abgesicherter Basis erfolgen kann, benötigen wir eine entsprechende Einverständniserklärung. Wir möchten Sie bitten, uns nachfolgend Ihr entsprechendes Einverständnis zu erklären:

Diese Einverständniserklärung zur weitergehenden Datenverwendung ist freiwillig und unabhängig von der Bearbeitung Ihres Antrages auf Fördermittel. - Ein Widerruf ist jederzeit bei der/ dem für Sie zuständigen Krankenkasse/ Verband möglich.

Einverständniserklärung zur weitergehenden Datenverwendung:

Wir willigen ein, dass die Angaben aus dem Strukturbogen und dem Antrag zusätzlich 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

Wir willigen in diese weitergehende Datenverwendung ein:

.....
Datum

.....
Unterschrift

Arbeitsgemeinschaft „Selbsthilfeförderung der GKV in Sachsen-Anhalt“

Anlage 4

Nachweis über die Verwendung der Fördermittel
gemäß § 20 Abs. 4 SGB V für das Förderjahr _____

Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift des Landesverbandes)		

Ansprechpartner/-in für evtl. Rückfragen (Name, Tel.)		

<u>Bewilligungsschreiben vom:</u>	<u>Geschäftszeichen:</u>	<u>Betrag:</u>
		€
Verwendungszweck lt. Bewilligungsschreiben:		
<input type="checkbox"/> Die Fördermittel wurden gemäß dem o.a. Bewilligungsschreiben ausschließlich für satzungsgemäße gesundheitsbezogene Aufgaben des Landesverbandes verwendet. Als Nachweis der ordnungsgemäßen Buchführung ist der Bericht der Kassenprüfer bzw. eines Wirtschaftsprüfers als Anlage beigefügt bzw. wird nachgereicht.		
<input type="checkbox"/> Die Fördermittel wurden an die regionalen/örtlichen Selbsthilfegruppen weitergeleitet. Eine Aufstellung ist als Anlage beigefügt.		
Bitte Jahres- oder Tätigkeitsbericht beifügen bzw. nachreichen.		
Zurück an		
[]	Ort, Datum, rechtsverbindliche Unterschrift

L]	
Ggf. beigefügte Anlagen hier aufführen:		