

# Arbeitsgemeinschaft der „Selbsthilfeförderung der GKV in Sachsen-Anhalt“

## Antrag der örtlichen Selbsthilfegruppe 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

### 1. Angaben zum Antragsteller

Name der Selbsthilfegruppe: \_\_\_\_\_

Anschrift:  
\_\_\_\_\_

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Internet:

Ansprechpartner/in, Vorsitzende/r (mit Anschrift und Tel.-Nr., wenn abweichend zu oben):  
\_\_\_\_\_

### 2. Angaben zur Selbsthilfegruppe (SHG)

Mit welchem/n Krankheitsbild befasst sich die SHG?

Seit wann besteht die SHG?

Wie viel Mitglieder/Teilnehmende hat die SHG?

Wie häufig finden Treffen statt und wann?

# Arbeitsgemeinschaft der „Selbsthilfeförderung der GKV in Sachsen-Anhalt“

## 3. Pauschalförderung

Höhe der beantragten Pauschalförderung: \_\_\_\_\_ Euro

## 4. Bankverbindung \* 1.)

Bitte überweisen Sie die Förderung auf folgendes Konto:

Kontoinhaber/in:	
Anschrift:	
Geldinstitut:	
Konto-Nr.:	BLZ: _____

**Wir verpflichten uns, die Zuschüsse zweckgebunden - gemäß § 20c SGB V - zu verwenden.**

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift  
(Vertretungsberechtigtes Mitglied der Selbsthilfegruppe)

\*1.) Sofern Ihre Selbsthilfegruppe über kein eigenes Konto verfügt, können Zuschüsse auch auf Privatkonten von Mitgliedern Ihrer Selbsthilfegruppe gezahlt werden. In diesem Fall bitten wir Sie, die nachstehende Erklärung zu unterschreiben.

### Erklärung

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 Mittel sowie für die Ausstellung eines entsprechenden Verwendungsnachweises.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift

# Arbeitsgemeinschaft der „Selbsthilfeförderung der GKV in Sachsen-Anhalt“

Anlage 1

## 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 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 der „Selbsthilfeförderung der GKV in Sachsen-Anhalt“

Anlage 2

## Nachweis über die Verwendung der Fördermittel gemäß § 20 c SGB V – örtliche Selbsthilfegruppen

Der Verwendungsnachweis ist grundsätzlich ab einer **Fördersumme von 1000 Euro** auszufüllen und bis zum 31. März des Folgejahres zurückzusenden. Im Einzelfall behält sich die Arbeitsgemeinschaft vor, auch unterhalb dieser Summe Nachweise einzufordern.

<b>Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift)</b> <hr/>		
<b>Ansprechpartner-/in für evtl. Rückfragen (Name, Tel.)</b> <hr/>		
<b><u>Bewilligungsschreiben vom:</u></b>	<b><u>Geschäftszeichen:</u></b>	<b><u>Betrag:</u></b> €
<b>Verwendungszweck lt. Bewilligungsschreiben:</b>		
<b><u>Die Fördermittel wurden</u></b>		
<input type="checkbox"/> entsprechend dem o. g. Verwendungszweck nur zu unseren satzungsgemäßen Aufgaben verwendet.		
<input type="checkbox"/> pauschal verwendet.		
Zurück an	] Ort, Datum, Unterschrift  <hr/>	
[	] Ggf. beigefügte Anlagen hier aufführen:	