Antrag
auf Projektförderung
gemäß § 20h SGB V
für örtliche Gruppen der Gesundheitsselbsthilfe in NRW für das Jahr 2022

Hinweis: Zuschüsse für Tagungen, Veranstaltungen, Seminare, Fortbildungen, etc müssen mit dem Antrag auf Pauschalförderung Teil II (Antragsfrist 31.03.) beantragt werden.

- Projektförderung -

Name der Selbsthilfegruppe	
vollständige Adresse	
Einzugsbereich	
Internetadresse	
Zugehörigkeit zu einem Bundes-, Landes- oder Regionalverband	☐ Nein ☐ Ja:
Anzahl der Personen, die durchschnittlich regelmäßig an den Treffen der Gruppe teilnehmen.	

An wen können wir uns bei Rückfragen wenden?

Name Ansprechpartner/in	
Anschrift	
Telefon (**tagsüber** erreichbar)	
E-Mail	

An welche Adresse soll der Bescheid gesendet werden?

Name	
Anschrift	

Bankverbindung

☐ **Unsere Selbsthilfegruppe verfügt über ein eigenes Konto**

Die Überweisung der Fördermittel erfolgt ausschließlich auf ein für die Zwecke der Selbsthilfegruppe eingerichte-tes, eigenständiges Konto oder auf ein Konto/Unterkonto des Gesamtverbandes, sofern dieses Konto für die je-weilige Selbsthilfegruppe angelegt wurde und die Gruppe über die volle Förderhöhe verfügen kann.

Kontoinhaber/in

Anschrift

IBAN

bei BIC

☐ **Unsere Selbsthilfegruppe verfügt über <u>kein</u> eigenes Konto**

Die Überweisung der Fördermittel erfolgt **alternativ** auf ein Unterkonto eines Girokontos, ein Sparkonto oder ein von einem Treuhänder eingerichtetes Konto.

Hierbei ist zu beachten, dass der/die Kontoinhaber/in, der/die Verfügungsberechtigte verpflichtet ist, sicherzustellen, dass die Fördermittel nur für die Zwecke der Selbsthilfe verwendet werden.

Kontoinhaber/in bzw. Verfügungsberechtige/r

Anschrift

IBAN

Sparbuch

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 Aus-stellung und Zusendung des entsprechenden Verwendungsnachweises.

Ort, Datum

Unterschrift (Verfügungsberechtigte/r der Selbsthil-fegruppe)

Angaben zur Selbsthilfegruppe

Mit welchem Krankheitsbild befasst sich die Gruppe?

Seit wann besteht die Selbsthilfegruppe?

Hat die Selbsthilfegruppe den Status eines eingetragenen Vereins? ☐ Ja ☐ Nein

Wann trifft sich die Selbsthilfegruppe?

Wie häufig trifft sich die Selbsthilfegruppe im Jahr?

Wo trifft sich die Selbsthilfegruppe? (Ort und Adresse)

Welche Zielgruppe hat Ihre Selbsthilfegruppe? (z.B. Eltern, Angehörige etc.)

Welche Aktivitäten bietet Ihre Selbsthilfegruppe neben den regelmäßigen Treffen an?

Bestehen Aufnahmekriterien für die Selbsthilfegruppe? ☐ Nein ☐ Ja, folgende:

Werden Mitgliedsbeiträge erhoben? ☐ Nein ☐ Ja EUR im Jahr

Erhält die Selbsthilfegruppe weitere regelmäßige/kalkulierbare Zuschüsse? ☐ Nein ☐ Ja EUR im Jahr

Von wem?

Angaben zum geplanten Vorhaben
(Projekt = zeitlich begrenzte Aktivitäten, die über das normale Maß der täglichen Selbsthilfearbeit hinausgehen)

Projektname

Veranstaltungsort

Projektbeschreibung

Projektziele

Projektzielgruppe/n

Zeitlicher Rahmen des Projektes

Das Projekt findet am/vom		bis zum		Datum
in der Zeit von		Uhr bis		Uhr statt.

Finanzierung des Projektes

Voraussichtliche Gesamtkosten des Projektes (Einzelheiten bitte auf einem beizufügenden, differenzierten Finanzierungsplan benennen)			EUR
Einsatz Eigenmittel (Eigenleistungen, Sachmittel)	./.		EUR
Einsatz Rücklagen	./.		EUR
Kalkulierte Einnahmen (z. B. Teilnahmegebühren, Eintrittsgelder)	./.		EUR
Finanzielle Beteiligung anderer Institutionen	./.		EUR
Wenn ja, durch wen			
Voraussichtlicher **Fehlbetrag**		0,00	EUR
Beantragter Zuschuss			**EUR**

Beantragen Sie bei anderen Krankenkassen ebenfalls Mittel und falls ja in welcher Höhe?

☐ Nein

☐ Ja, bei

	EUR
	EUR
	EUR
	EUR

Der Antragsteller verpflichtet sich, die finanziellen Zuschüsse der Krankenkassen/-verbände zweckgebunden gem. § 20h SGB V zu verwenden. Die ordnungsgemäße Verwendung der Mittel ist durch entsprechende Nachweise zu belegen. Bei nicht erbrachten Nachweisen bzw. vorsätzlich falschen Angaben sind die Krankenkassen/-verbände berechtigt, die finanziellen Zuwendungen zurückzufordern bzw. die zugesagten Fördermittel nicht auszuzahlen.

Informationen der Krankenkassen/-verbände zum Datenschutz:
Die Bestimmungen zum Datenschutz insbesondere im Hinblick auf die Weitergabe personenbezogener Daten werden beachtet. (Datenschutz-Grundverordnung DSGVO)
Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage www.gkv-selbsthilfefoerderung-nrw.de

Für die Antragstellung sind die Unterschriften von zwei befugten Gruppenmitgliedern notwendig, die die Richtigkeit der Angaben bestätigen und sich im Falle einer (krankheitsbedingten) Verhinderung gegenseitig vertreten.

Ort, Datum	Unterschrift (ggf. Stempel)
Ort, Datum	Unterschrift (ggf. Stempel)