

Hinweis: Antragsfrist für die Einreichung von Förderanträgen ist der **31. Januar** des Jahres, für das die Förderung beantragt wird.

Antrag der örtlichen Selbsthilfegruppe auf Förderung gemäß § 20 h SGB V für das Jahr 2018 - Projektantrag -

Postadresse:

IKK gesund plus
39092 Magdeburg

Anträge auf kassenindividuelle Förderung nach § 20 h SGB V wurden gestellt bei:
(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

- AOK Sachsen-Anhalt
- Bundesknappschaft
- IKK - Innungskrankenkasse
- Ersatzkasse (BARMER, DAK, TK etc.) Name der Ersatzkasse: _____
- Sozialversicherung der Landwirte,
Forsten und Gartenbau (SVLFG)
- Betriebskrankenkassen – BKK Name der BKK: _____
- See-Krankenkasse
- keiner anderen Krankenkasse

1. Angaben zum Antragsteller

Name der Selbsthilfegruppe: _____

Name, Vorname des Gruppensprechers: _____

Anschrift*: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

E-Mail: _____ Internet: _____

Name, Vorname des Stellvertreters: _____

Anschrift*: _____

* Adressdaten werden vertraulich behandelt und nur für die Kommunikation im Förderverfahren verwendet.

2. Angaben zur Selbsthilfegruppe (SHG)

Krankheitsbild der SHG: _____

Gründung der SHG: Monat: _____ Jahr: _____

Mitglieder/Teilnehmende der SHG: _____

Anzahl/Tag der Gruppentreffen: _____

Ort der regelmäßigen Gruppentreffen: _____

betreuende Selbsthilfekontaktstelle der SHG: _____

Wurde im Vorjahr ein Antrag auf kassenindividuelle Förderung gestellt? Ja Nein

Wurden bei der Gesetzlichen Pflegeversicherung Mittel beantragt? Ja Nein

Falls ja, für welche Aktivitäten soll diese Förderung verwendet werden?

3. Projektförderung

Benennung des Projekts/Vorhabens:

Projektbeginn: _____ ① Projektbeginn nach Bewilligungsbescheid

Projektende: _____

Ziele des Projektes: _____

Angesprochene Zielgruppe: _____

Inhalte des Projektes*: _____

① Bitte beachten Sie, dass selbsthilfeferne Freizeitaktivitäten sowie Projekte im Zusammenhang mit Leistungen der GKV nicht förderfähig sind.

Krankenkassenindividuelle Förderung



4. Kosten des Projekts

Gesamtkosten* EUR
Höhe des Eigenanteils ./.. EUR
Beantragte Mittel für dieses Vorhaben bei anderen Förderern ./.. EUR

Es wird eine Projektförderung beantragt in Höhe von = **EUR**
(> 500 Euro bitte Finanzierungsplan beifügen)

* Bei Bedarf bitte auf einem gesonderten Blatt das Projekt und die Kostenaufstellung beschreiben.

5. Bankverbindung

Für die Überweisung der Fördermittel ist die Angabe eines für die Gruppenarbeit eingerichteten Kontos/Unterkontos notwendig.

Name des Kontoinhabers: _____

Anschrift des Kontoinhabers: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ |

BIC _ _ _ _ _ _ _ _

Hiermit erklären wir, dass wir stellvertretend für die Selbsthilfegruppe die Fördermittel durch die Krankenkassen in Empfang nehmen. Wir sind verantwortlich für die ordnungsgemäße zweckgebundene Verwendung der Mittel – gemäß § 20 h SGB V - sowie für die Ausstellung eines entsprechenden Verwendungsnachweises bis zum 31.01. des Folgejahres zur Förderung.

Ort, Datum

1. rechtsverbindliche Unterschrift (Gruppenverantwortliche/r)

Ort, Datum

2. rechtsverbindliche Unterschrift (Stellvertreter/in)

ⓘ Bitte beachten Sie, dass Anträge von zwei Vertretungsbefugten zu unterzeichnen sind.

Bearbeitungsvermerk der IKK gesund plus	genehmigter Zuschuss:	_____ EUR
	Datum:	_____
	Unterschrift:	_____

Noch eine Bitte in eigener Sache:

Wichtige Voraussetzung zur besseren Umsetzung der Selbsthilfeförderung nach § 20 h 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