

Kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung

nach § 20c SGB V

Antragsunterlagen für die Förderung

der örtlichen/regionalen Selbsthilfegruppen

im Land Bremen

Damit die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände über eine Förderung entscheiden können, ist Ihre Mitwirkung gesetzlich vorgeschrieben (vgl. § 60 SGB I). Die folgenden Angaben werden für die ordnungsgemäße Bearbeitung Ihres Antrages auf Förderung nach § 20c SGB V benötigt (vgl. Antragsunterlagen). Eine fehlende Mitwirkung kann zur Ablehnung Ihres Antrages führen.

Zu den Antragsunterlagen gehören die nachstehenden Anlagen:

- Anlage 1: Antragsformular für die Pauschalförderung, einschl. Strukturdaten
- Anlage 2: Datenverwendungserklärung
- Anlage 3: Kontaktadressen für die Antragstellung

Für die Hauptvergabe muss der Antrag **bis zum 15. Februar eines Jahres** vorliegen (siehe Anlage 3). Anträge auf weitergehenden Bedarf und für Gruppen, die sich im Laufe eines Förderjahres neu gegründet haben, sind sie spätestens zum **15. September** einzureichen.

Antragsvordruck für die örtlichen/regionalen Selbsthilfegruppen zur Beantragung pauschaler Fördermittel gemäß § 20c SGB V für das Förderjahr _____

(1) Angaben zum Antragsteller:

Wurden Sie bereits als Selbsthilfegruppe von den
Bremer Krankenkassen anerkannt, wenn ja wann?

Name der Selbsthilfegruppe:

Anschrift:

Telefon:

Fax:

Email:

Internet:

AnsprechpartnerIn/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?

Wieviele Mitglieder hat die SHG?

Wie häufig finden Gruppentreffen statt?

Ist die SHG Mitglied in einem Landesverband?

Wenn ja, in welchem:

(3) Angaben zur beantragten pauschalen Förderung:

Bitte beschreiben Sie, wofür der pauschale Zuschuss verwendet werden soll:

[Redacted area for description of the grant use]

Es wird hiermit ein pauschale Förderung beantragt in Höhe von: [Redacted] €

Weitere Anträge für dieses Förderjahr wurden gestellt bei:

Öffentliche Hand (z.B. Land, Kommunen)

Unfallversicherung

Rentenversicherung

Private Krankenversicherung

Landesverband (bei Mitgliedschaft)

Wirtschaftsunternehmen

Weitere: [Redacted]

Es wurde bei keiner der vorgenannten Institutionen ein Antrag gestellt.

(4) Bankverbindung:

Unsere Selbsthilfegruppe verfügt über ein eigenes Konto.

Unsere Selbsthilfegruppe verfügt über **kein** eigenes Konto *

Bitte überweisen Sie die Förderung auf folgendes Konto:

Kontoinhaber: [Redacted]

Anschrift: [Redacted]

Kreditinstitut: [Redacted]

Bankleitzahl: [Redacted] Kontonummer: [Redacted]

* 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 Krankenkassen/-verbände in Empfang nehme. Ich bin verantwortlich für die ordnungsgemäße Verwendung des Geldes, sowie für die Ausstellung eines entsprechenden Verwendungsnachweises.

[Redacted signature line]

Name, Vorname

[Redacted signature line]

Datum, Unterschrift

Mit der nachfolgenden Unterschrift bestätigt die Selbsthilfegruppe, dass sie parteipolitisch und weltanschaulich neutral ist und keine kommerziellen Interessen verfolgt. Die Interessenwahrnehmung und -vertretung erfolgt durch Betroffene. Die Selbsthilfegruppe ist zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit den Krankenkassen/ -verbänden bereit. Sie gewährleistet die ordnungsgemäße Durchführung der geförderten Maßnahmen, beachtet die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und erklärt sich bereit, die Verwendungsnachweise der bewilligten Mittel im Bedarfsfalle einzureichen.

Ein Rechtsanspruch auf eine bestimmte Fördersumme besteht nicht. Die Höhe der Förderung ist abhängig von der im Förderjahr vorhandenen Gesamtfördersumme und der Anzahl und dem Förderbedarf aller anderen Antragsteller (SHG).

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

Ort, Datum

Unterschrift (und ggf. Stempel)

Diesem Antrag sind beigelegt:

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

Datenverwendungserklärung

Noch eine Bitte in eigener Sache:

Wichtige Voraussetzung zur besseren Umsetzung der Selbsthilfeförderung nach § 20c 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 weitergehende 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:

Diese Einverständniserklärung zur weiter gehenden Datenverwendung ist freiwillig und unabhängig von der Bearbeitung Ihres Antrages auf Fördermittel. Ein Widerruf ist jederzeit möglich.

Einverständniserklärung zur weiter gehenden Datenverwendung:

Wir willigen ein, dass die Angaben aus dem Strukturerhebungsbogen 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 weiter gehende Datenverwendung ein:

Datum

Unterschrift

Kontaktadresse für die Antragstellung

Die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung der Selbsthilfegruppen im Land Bremen wird durch folgende Krankenkassen/-verbände gewährleistet:

AOK Bremen/Bremerhaven

Ansprechpartner für Bremen und Bremerhaven:
Rolf-Peter Sanner
Jakobistraße 22, 28195 Bremen
Telefon (0421) 17 61 274, Telefax (0421) 17 61 502
E-Mail rolf-peter.sanner@hb.aok.de
Internet www.aok.de

IKK gesund plus

Ansprechpartnerin für Bremen und Bremerhaven:
Tanja Ritter
Konrad-Adenauer-Allee 42, 28329 Bremen
Telefax (0421) 49 98 677
E-Mail tanja.ritter@ikk-gesundplus.de
Internet www.ikk-gesundplus.de

Knappschaft – Die neue See-Krankenversicherung

Ansprechpartner:
Heinz Thiele
Faulenstr. 67, 28195 Bremen
Telefon (0421) 16 58 410
Telefax (0421) 16 58 430
E-Mail heinz.thiele@kbs.de
Internet www.See-BG.de

BKK Landesverband Niedersachsen-Bremen

Ansprechpartner für Bremen und Bremerhaven:
Ralf Lux
Bahnhofstraße 28-31, 28195 Bremen
Telefon (0421) 33 77 70, Telefax (0421) 33 77 733
E-Mail service@bkk-ni-hb.de
Internet www.bkk-niedersachsen-bremen.de

vdek – Landesvertretung Bremen

Ansprechpartnerin für Bremen und Bremerhaven
Christiane Sudeck
Bennigsenstraße 2-6, 28207 Bremen
Telefon (0421) 16 56 5-76, Telefax (0421) 16 56 5-99
E-Mail christiane.sudeck@vdek.com
Internet www.vdek.com

Auskunft und Beratung im Rahmen der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung im Land Bremen erteilen auch:

Netzwerk Selbsthilfe

Bremen-Nordniedersachsen e. V.

Ansprechpartner:
Sabine Bütow
Faulenstr. 31, 28195 Bremen
Telefon (0421) 70 45 81
Telefax (0421) 70 74 72
E-Mail info@netzwerk-selbsthilfe.com
Internet www.netzwerk-selbsthilfe.com

LAG - Selbsthilfe behinderter Menschen Bremen e. V.

Ansprechpartner:
H.-P. Keck, Dieter Stegmann
Waller Heerstr. 55, 28217 Bremen
Telefon (0421) 38 777-14
Telefax (0421) 38 777-99
E-Mail info@lags-bremen.de
Internet www.lags-bremen.de

Selbsthilfe Bremerhavener Topf e. V.

Ansprechpartner:
Wolf Hast
Hafenstr. 9, 27576 Bremerhaven
Telefon (0471) 45 050
Telefax (0471) 48 34 672
E-Mail selbsthilfe-bremerhavener-topf@nord-com.net
Internet www.selbsthilfe-bremerhaven.de

Paritätischer Wohlfahrtsverband

Landesverband Bremen e. V.
Ansprechpartner:
Kirsten Josef
Eduard-Grunow Str. 24
28203 Bremen
E-Mail k.josef@paritaet-bremen.de
Internet www.paritaet-bremen.de