

Kassenartenübergreifende Pauschalförderung

nach § 20h 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 die Mitwirkung des Antragstellers erforderlich. Rechtsgrundlagen für die Mitwirkung sind § 60 SGB I („Angabe von Tatsachen“) und § 66 SGB I („Folgen fehlender Mitwirkung“). Verstößt der Antragsteller gegen §§ 60 und 66 SGB I, kann dies zur Ablehnung des Antrags führen. Außerdem sind die Allgemeinen Nebenbestimmungen für die Gewährung von Fördermitteln nach §20h SGB V im Bundesland Bremen zu berücksichtigen.

Zu den Antragsunterlagen gehören die nachstehenden Anlagen:

Antrag:	Antragsformular für die Pauschalförderung, einschl. Strukturdaten und Erklärung	Seite 2-5
Anlage 1:	Haushaltsplanung/Kalkulation des Förderbedarfs (ab einer Antragssumme von 750,01 Euro erforderlich!)	Seite 6
Anlage 2:	Datenverwendungserklärung	Seite 7
Anlage 3:	Nachweis über die Verwendung der Fördermittel des Vorjahres (Voraussetzung für jede neue Förderung!)	Seite 8
Anlage 4:	Kontaktadressen für die Antragstellung	Seite 9-10

Für die Hauptvergabe muss der Antrag bis zum 15. Februar eines Jahres vorliegen. Anträge auf weitergehenden Bedarf und für Gruppen, die sich im Laufe eines Förderjahres neu gegründet haben, sind spätestens zum 15. September zu stellen. Anträge sind immer im Original einzureichen.

Antrag auf pauschale Fördermittel für die örtlichen/regionalen Selbsthilfegruppen

für das Förderjahr

1 Angaben zum/-r Antragsteller/-in:

Wurden Sie bereits als Selbsthilfegruppe von den Bremer Krankenkassen anerkannt?

ja nein

Wenn ja, wann? (Jahr der erstmaligen Förderung)

Wenn nein: Bitte Eigendarstellung der Gruppe und Kopie des Gründungsprotokolls beifügen.

Anschrift (bei eingetragenem Verein dessen Sitz):

Telefon:

E-Mail:

Ansprechpartner/-in / 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?

Wie viele Mitglieder hat die SHG?

Wie häufig finden Gruppentreffen statt?

Ist die SHG Mitglied in einem Bundes-, Landes- oder Regionalverband?

ja nein

Wenn ja, in welchem?

3 Angaben zur beantragten pauschalen Förderung:

Bitte beschreiben Sie, wofür der pauschale Zuschuss verwendet werden soll:
Beachten Sie hierbei auch die Hinweise zu den förderfähigen Ausgaben auf
unserer Homepage <https://www.gkv-selbsthilfefoerderung-hb.de>.

voraussichtliche Ausgaben

-

Euro

voraussichtliche Einnahmen
(incl. nicht verausgabter Restmittel aus dem Vorjahr)

Euro

Es wird hiermit eine pauschale Förderung beantragt in Höhe von:

Euro

Hinweis: Ab einem Förderbetrag von 750,01 Euro muss zusätzlich die Anlage V ausgefüllt werden.

Weitere Anträge für dieses Förderjahr wurden gestellt bei:

- keiner der nachfolgenden Institutionen
- Öffentliche Hand (z.B. Land, Kommunen)
- Rentenversicherungsträger
- Pflegeversicherungsträger
- Unfallversicherungsträger
- Private Krankenversicherung
- Landesverband (bei Mitgliedschaft)
- Wirtschaftsunternehmen (z.B. Pharmaunternehmen, Medizinproduktehersteller)
- Weitere:

Hinweis: Der Verwendungsnachweis gilt als Förderungsvoraussetzung für jede weitere Pauschalförderung (siehe Anlage 3). Belege sind sechs Jahre aufzubewahren. Die Bremer Krankenkassen behalten sich vor, ggf. Einzelbelege einzufordern und zu prüfen.

4 Bereits beantragte Fördermittel

Wurden von Ihrer Selbsthilfegruppe bereits Gelder nach SGB XI (Pflegeversicherung) beantragt?

ja nein

Wenn ja, in welcher Höhe?

Euro

Wenn ja, zu welchem Zweck?

5 Bankverbindung

Selbsthilfegruppen, die keinem Verband (Bundes-, Landes-, oder Regionalverband) angehören

Bitte überweisen Sie die Förderung auf das für einen Treuhänder eingerichtete Konto, Unterkonto eines Girokontos oder Sparkonto*:

Kontoinhaber/-in:

Anschrift:

Kreditinstitut:

IBAN:

BIC:

Selbsthilfegruppen, die eine unselbstständige Untergliederung eines rechtsfähigen Verbandes sind

Bitte überweisen Sie die Förderung auf das (Unter-) Konto des Gesamtvereins oder des Verbandes*²:

Kontoinhaber/-in:

Anschrift:

Kreditinstitut:

IBAN:

BIC:

*) der/die Verfügungsberechtigte für das Konto ist verpflichtet sicherzustellen, dass die Fördermittel nur für die Zwecke der Gruppe verwendet werden und die Selbsthilfegruppe in voller Höhe über die Fördermittel verfügen kann. Der Antrag auf Fördermittel muss von zwei Mitgliedern der Selbsthilfegruppe unterzeichnet werden.

*²) dieses Konto wurde für die Untergliederung angelegt und ist für die regionale Selbsthilfegruppe in voller Höhe verfügbar.

Erklärung

Dieser Antrag ist nur mit zwei Unterschriften von Mitgliedern der Selbsthilfegruppe gültig.

Hiermit erklären wir, dass wir stellvertretend für die Selbsthilfegruppe die Fördermittel durch die Krankenkassen/-verbände in Empfang nehmen.

Mit den nachfolgenden Unterschriften 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 und Krankenkassenverbände bereit. Sie gewährleistet die ordnungsgemäße Durchführung der geförderten Maßnahmen, beachtet die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und erklärt sich bereit, die Verwendungsnachweise der bewilligten Mittel bis zum 15.02. des Folgejahres 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 § 20h SGB V - zu verwenden sowie auf die Förderung durch die Krankenkassen in geeigneter Form hinzuweisen.

Ort, Datum

1.) Rechtsverbindliche Unterschrift Antragsteller/-in (und ggf. Stempel)

Ort, Datum

2.) Rechtsverbindliche Unterschrift eines weiteren Gruppenmitgliedes

Zusatzklärung (NUR von Selbsthilfegruppen, die in einem Bundes-, Landes- oder Regionalverband sind, zusätzlich auszufüllen)

Hiermit erklären wir, dass wir stellvertretend für die Selbsthilfegruppe die Fördermittel durch die Krankenkassen/-verbände in Empfang nehmen. Wir sind dafür verantwortlich, dass die Fördermittel ausschließlich für Zwecke der Gruppe unter Berücksichtigung der Förderrichtlinien sowie der gemeinnützigkeitsrechtlichen Regelungen und der satzungsmäßigen Ziele des Gesamtvereins verwendet werden.

Ort, Datum

1.) Rechtsverbindliche Unterschrift Antragsteller/-in (und ggf. Stempel)

Ort, Datum

2.) Rechtsverbindliche Unterschrift eines weiteren Gruppenmitgliedes

Diesem Antrag sind beigelegt:

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

Haushaltsplanung/Kalkulation des Förderbedarfs

Dieses Formblatt ist ab einem Förderbetrag von **750,01 Euro** auszufüllen. Falls vorhanden, können Sie anstelle dieses Formblattes den Haushaltsplan oder die Kalkulationsunterlagen oder die sonst übliche Etat-Aufstellung Ihrer Selbsthilfegruppe beilegen.

1.)	(voraussichtliche) Ausgaben	
	• Miete	Euro
	• Bürobedarf	Euro
	• Telefon, Fax, Internet	Euro
	• Porto	Euro
	• Regelmäßige Veranstaltungen (z. B. Mitgliederversammlung, Seminare)	Euro
	• Öffentlichkeitsarbeit	Euro
	• Fahrkosten für Verbandsarbeit	Euro
	• Fortbildungs- und Fachveranstaltungen (z. B. Teilnahmegebühren)	Euro
	• Honorare/Referenten usw.	Euro
	• Sonstiges	Euro
	Summe	Euro

2.)	(voraussichtliche) Einnahmen	
	• Mitgliedsbeiträge	Euro
	• Spenden, Sponsoren	Euro
	• Zuschüsse (z. B. von Bundesorganisationen)	Euro
	• Zuschüsse von anderen Sozialversicherungsträgern	Euro
	• Zuschüsse öffentliche Hand	Euro
	• Zinsen	Euro
	• Rücklagen	Euro
	• Zu berücksichtigende nicht verausgabte Restmittel des Vorjahres	Euro
	• Sonstiges	Euro
	Summe	Euro

1. Gesamtausgaben:	Euro
2. Gesamteinnahmen:	Euro
Ihr Förderbedarf durch die Krankenkassen im Land Bremen	Euro

Ort, Datum

1.) Rechtsverbindliche Unterschrift Antragsteller/-in (und ggf. Stempel)

Ort, Datum

2.) Rechtsverbindliche Unterschrift eines weiteren Gruppenmitgliedes

Datenverwendungserklärung

Wichtige Voraussetzung für die Umsetzung der Selbsthilfeförderung nach § 20 h SGB V ist die Transparenz der Förderung. Um dieses Ziel zu erreichen, sind der Informationsaustausch und eine gesicherte Datengrundlage zum Förderverfahren erforderlich. 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 Verwendung der entsprechenden Informationen auf rechtlich abgesicherter Basis erfolgen kann, bitten wir Sie, uns hierzu nachfolgend Ihr entsprechendes Einverständnis zu erklären:

Einverständniserklärung zur Datenverwendung

Wir willigen ein, dass die Angaben aus dem Antrag 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 die Art der Gruppe/Organisation, des betreffenden Krankheitsbildes, Name der Gruppe/Organisation sowie die für die Erreichbarkeit der Gruppe/Organisation erforderlichen Daten,
- Aufnahme in (E-Mail-)Adressverteiler für die Zusendung von Informationen zum Förderverfahren einschl. Anträgen (falls nicht gewünscht, bitte streichen; eine Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden).

Ort, Datum

1. Rechtsverbindliche Unterschrift Antragsteller/in (und ggf. Stempel)

Ort, Datum

2. Rechtsverbindliche Unterschrift Antragsteller/in (und ggf. Stempel)

Nachweis über die Verwendung der kassenartenübergreifenden Pauschalmittel für die örtlichen Selbsthilfegruppen gemäß § 20h SGB V

für das Förderjahr

Hinweis: Ein nachträglicher Verwendungsnachweis gilt als Förderungsvoraussetzung für jede weitere Pauschalförderung. Belege sind sechs Jahre aufzubewahren. Die Bremer Krankenkassen behalten sich vor, ggf. Einzelbelege einzufordern und zu prüfen.

Ab einer Fördersumme von 750,01 EUR ist zusätzlich zu dieser Erklärung die Anlage V als ein regelhafter Verwendungsnachweis (summarische Auflistung der tatsächlichen Einnahmen und Ausgaben analog der Kalkulation des Förderbedarfs – siehe Anlage 1) sowie ein Tätigkeitsbericht Ihrer Selbsthilfearbeit vorzulegen.

Name der Selbsthilfegruppe:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

Ansprechpartner/-in / Gruppenleitung (mit Anschrift und Telefonnummer, wenn abweichend zu o. a. Angaben):

Bewilligungsschreiben vom:

Förderbetrag:

 Euro

Tatsächliche Gesamtausgaben

 Euro

Die verausgabten Fördermittel wurden entsprechend unserer (satzungsgemäßen) Gruppenarbeit verwendet.

Ort, Datum

1.) Rechtsverbindliche Unterschrift Antragsteller/-in (und ggf. Stempel)

Ort, Datum

2.) Rechtsverbindliche Unterschrift eines weiteren Gruppenmitgliedes

Kontaktadressen für die Antragstellung

Die kassenartenübergreifende Pauschalförderung für die Selbsthilfegruppen im Land Bremen wird durch folgende Krankenkassen/-verbände gewährleistet:

AOK Bremen/Bremerhaven
BKK Landesverband Mitte
IKK gesund plus
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Bremen
Knappschaft
SVLFG, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

Grundsätzlich steht es jeder Selbsthilfegruppe frei, an welche Kasse sie die Anträge schickt. Die Pauschalanträge werden jedoch intern nach Postleitzahlen geordnet und an die zuständige Krankenkasse weitergeleitet.

<u>Postleitzahlenbereich</u>	<u>zuständige Krankenkasse</u>
bis 28217	<p>AOK Bremen/Bremerhaven Ansprechpartnerin für Bremen und Bremerhaven Astrid Gallinger Bürgermeister-Smidt-Str. 95, 28195 Bremen Telefon 0421-1761-28111 E-Mail: astrid.gallinger@hb.aok.de Internet: www.aok.de/bremen</p>
28218 - 28259	<p>BARMER Landesgeschäftsstelle Niedersachsen/Bremen Ansprechpartnerin: Iris Sasse Goseriende 4 (Gebäude C) 30159 Hannover Telefon 0800-333004 654 412 E-Mail: iris.sasse@barmer.de Internet: www.barmer.de</p>
28260 – 28332	<p>Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Bremen Ansprechpartnerin: Birgit Tillmann Martinistraße 34, 28195 Bremen Telefon 04 21 - 165 65-84 E-Mail: birgit.tillmann@vdek.com Internet: www.vdek.com</p>
28333 – 28779	<p>hkk Krankenkasse Ansprechpartnerin: Petra Budde Martinistraße 26 28195 Bremen Telefon 04 21 - 36 55-13 01 E-Mail: petra.budde@hkk.de Internet: www.hkk.de</p>
ab 28780	<p>DAK - Gesundheit Regionalzentrum Bremen Ansprechpartner: Jacinto Salguero Moronta Am Wall 128-134 28195 Bremen Telefon 04 21 - 42 70 85-0 E-Mail: jacinto.salguero-moronta@dak.de Internet: www.dak.de</p>

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

**Netzwerk Selbsthilfe
Bremen/ Nordniedersachsen e. V.**

Ansprechpartnerin:
N.N.
Faulenstr. 31, 28195 Bremen
Telefon 04 21 - 70 45 81
Telefax 04 21 - 70 74 72
E-Mail: info@netzwerk-selbsthilfe.com
Internet: www.netzwerk-selbsthilfe.com

**Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe behinderter
Menschen Bremen e. V. (LAGS)**

Ansprechpartner:
Gerald Wagner
Waller Heerstr. 55, 28217 Bremen
Telefon 04 21 - 387 77-14
Telefax 04 21 - 387 77-99
E-Mail: info@lags-bremen.de
Internet: www.lags-bremen.de

Selbsthilfe Bremerhavener Topf e. V.

Ansprechpartner:
Guido Osterdorff
Dürerstraße 27, 27570 Bremerhaven
Telefon 04 71 - 45 05 0
Telefax 04 71 - 483 46 72
E-Mail: info@bremerhavener-topf.eu
Internet: www.selbsthilfe-bremerhavener-topf.de

**Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
Landesverband Bremen e. V.**

Ansprechpartnerin:
Anke Teebken
Außer der Schleifmühle 55-61, 28203 Bremen
Telefon 04 21 - 791 99 -13
Telefax 04 21 - 791 99 - 99
E-Mail: a.teebken@paritaet-bremen.de
Internet: www.paritaet-bremen.de