







**3. Projektbeschreibung / Konzept** (ggf. auf separatem Blatt ausführen)

**Projektname:**

**Projektbeschreibung:**

**Ziele des Projektes und Laufzeit:**

**Zielgruppe des Projektes**

**Projektbeteiligte / Kooperationspartner**

**4. Bei welcher Krankenkasse wurden ebenfalls Fördermittel für dieses Projekt beantragt und in welcher Höhe?**

Keine

Krankenkasse:  Euro

Krankenkasse:  Euro

**5. Bei welchen Institutionen/Unternehmen wurden ebenfalls Fördermittel für dieses Projekt beantragt?**

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

**6. Kosten des Projektes / Finanzierung**

(bitte fügen Sie eine Kostenkalkulation bei, siehe Anlage 1)

Gesamtkosten des Projektes:

Euro

Höhe des Eigenanteils:

Euro

Beantragte Mittel bei anderen Partnern  
(Institutionen usw.):

Euro

**Es wird hiermit eine Projektförderung bei  
den Bremer Krankenkassen beantragt in  
Höhe von:**

**Euro**

**7. In welcher Höhe wurden in diesem Jahr pauschale Fördermittel im Rahmen der**

**kassenartenübergreifenden Pauschalförderung beantragt?**

Euro

**davon ggf. bewilligt:**

Euro

## Erklärung

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

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

Mit den nachfolgenden Unterschriften bestätigt die Selbsthilfegruppe / Landesorganisation / Kontaktstelle, dass sie parteipolitisch und weltanschaulich neutral ist und keine kommerziellen Interessen verfolgt. Die Interessenwahrnehmung und -vertretung erfolgt durch Betroffene. Die Selbsthilfegruppe / Landesorganisation / Kontaktstelle ist zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und Krankenkassenverbänden 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 15.12. des Förderjahres einzureichen. Des Weiteren wird bestätigt, dass das Projekt im Interesse der Mitglieder erfolgt und von diesen inhaltlich mitgetragen wird.

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.

Wir verpflichten uns, die Zuschüsse zweckgebunden - gemäß § 20h SGB V - zu verwenden und auf die Förderung durch die Krankenkassen in geeigneter Weise hinzuweisen.

Ort, Datum

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

Ort, Datum

2.) Rechtsverbindliche Unterschrift eines weiteren Mitgliedes

## Kalkulation für das Projekt:



1.)	<b>(voraussichtliche) Ausgaben</b> Bezeichnung	
		Euro
		Euro
		Euro
		Euro
		Euro
		Euro
		Euro
		Euro
		Euro
		Euro
		Euro
	<b>Summe</b>	<b>Euro</b>

2.)	<b>(voraussichtliche) Einnahmen</b> Bezeichnung z.B. Spenden, Eigenanteil der teilnehmenden, Eigenmittel der Selbsthilfegruppe/ Landesorganisation	
		Euro
		Euro
		Euro
		Euro
		Euro
		Euro
		Euro
		Euro
		Euro
		Euro
	<b>Summe</b>	<b>Euro</b>

1. Gesamtausgaben:	Euro
2. Gesamteinnahmen:	Euro
<b>Ihr Förderbedarf:</b>	<b>Euro</b>

## 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)



## Kontaktadressen für die Antragstellung

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

### Postleitzahlenbereich

### zuständige Krankenkasse

<b>0 bis 28217</b>	lokale Selbsthilfegruppen und Landesorganisationen	<b>AOK Bremen/Bremerhaven</b> 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
<b>28218 - 28259</b>	lokale Selbsthilfegruppen	<b>BARMER Landesgeschäftsstelle Niedersachsen/Bremen</b> Ansprechpartnerin: Iris Sasse Goseriede 4 (Gebäude C) 30159 Hannover Telefon 0800-333004 654 412 E-Mail: iris.sasse@barmer.de Internet: www.barmer.de
<b>28260 – 28332</b>	lokale Selbsthilfegruppen	<b>Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)</b> 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
<b>28333 – 28779</b>	lokale Selbsthilfegruppen	<b>hkk Krankenkasse</b> Ansprechpartnerin: Petra Budde Martinistraße 26 28195 Bremen Telefon 04 21 - 36 55-13 01 E-Mail: petra.budde@hkk.de Internet: www.hkk.de
<b>ab 28780</b>	lokale Selbsthilfegruppen	<b>DAK - Gesundheit</b> 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
<b>ab 28218</b>	Landesorganisationen	<b>Techniker Krankenkasse</b> Landesvertretung Bremen Ansprechpartner: Olaf Brockmann Postfach 28 61 55 28361 Bremen Telefon 04 21 - 305 05-410 E-Mail: olaf.brockmann@tk.de Internet: www.tk.de/lv-bremen

**Auskunft und Beratung 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](mailto:info@netzwerk-selbsthilfe.com)  
Internet: [www.netzwerk-selbsthilfe.com](http://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](mailto:info@lags-bremen.de)  
Internet: [www.lags-bremen.de](http://www.lags-bremen.de)

**Selbsthilfe Bremerhavener Topf e. V.**

Ansprechpartner:  
Guido Osterdorff  
Dürerstraße 27, 27570 Bremerhaven  
Telefon 04 71 - 450 50  
Telefax 04 71 - 483 46 72  
E-Mail: [info@bremerhavener-topf.eu](mailto:info@bremerhavener-topf.eu)  
Internet: [www.selbsthilfe-bremerhavener-topf.de](http://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](mailto:a.teebken@paritaet-bremen.de)  
Internet: [www.paritaet-bremen.de](http://www.paritaet-bremen.de)