

# Kassenindividuelle Förderung § 20h SGB V der regionalen/örtlichen Selbsthilfegruppen

Name der Krankenkasse


Straße Nr.

PLZ Ort

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

Reichen Sie deshalb den Antrag mit den erforderlichen Unterlagen nur vollständig ausgefüllt und unterschrieben ein. Um eine rechtzeitige Bearbeitung Ihres Antrages zu gewährleisten, empfehlen wir Ihnen, Ihren Antrag bis spätestens einen Monat vor Projektbeginn an die IKK classic zu stellen. Änderungen im Antragsvordruck durch den Antragsteller sind nicht zulässig.

## **Zu den Antragsunterlagen gehören:**

- Antragsformular für die Projektförderung, einschl. Strukturdaten
- Datenverwendungserklärung
- Allgemeine Nebenbestimmungen  
(Bitte beachten: Diese Anlage ist für Ihre Antragsunterlagen bestimmt!)

## 1. Name des Antragstellers/der Selbsthilfegruppe

a) **Anschrift** (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

Telefon  Fax   
E-Mail  Internet

b) **AnsprechpartnerIn/Gruppenleitung** (Anschrift, Telefonnummer, wenn abweichend zu o.a. Angaben)

**Bitte beachten:**

**Sollte im Laufe des Förderjahres der Ansprechpartner oder Adresse sich ändern, so bitten wir um entsprechende Information.**

c) **Treffpunkt(e)** der Selbsthilfegruppe (mit Ortsangabe):

## 2. Mit welchem Krankheitsbild befasst sich die Selbsthilfegruppe?

a) Seit wann besteht die Selbsthilfegruppe?  
(Bei Erstantrag bitte Gründungsprotokoll beifügen!)

Ist die Selbsthilfegruppe **offen** für neue Mitglieder?

Wie viele (**Vereins-**) **Mitglieder** hat die Selbsthilfegruppe?

Wie viele Personen nehmen **regelmäßig** an Gruppentreffen teil?

Wie **häufig** im Jahr finden **Gruppentreffen** statt?

b) Ist die Selbsthilfegruppe Mitglied in einem Landesverband/Bundesverband?

Nein  Ja, Mitglied im Verband

jährlicher Mitgliedsbeitrag

c) Wer leitet/betreut die Gruppe regelmäßig? (Name, Vorname, Beruf)

Erfolgt die Leitung im Rahmen einer beruflichen Tätigkeit?

Nein  Ja

**3. Beschreibung des Projektes (bitte fügen Sie ggf. gesondert Unterlagen hinzu)**

a) Name des Projektes

b) Darstellung des Projektes

  
  

c) Termin der Projektdurchführung

d) Wurden ebenfalls bei **anderen Krankenkassen Anträge auf Förderung** dieses Projektes gestellt?

<input type="checkbox"/> AOK (welche?)	<input type="text"/> Betrag	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> BKK (welche?)	<input type="text"/> Betrag	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Ersatzkassen (welche?)	<input type="text"/> Betrag	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> IKK (welche?)	<input type="text"/> Betrag	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Knappschaft (welche?)	<input type="text"/> Betrag	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) (welche?)	<input type="text"/>	

Es wurde bei keiner weiteren Krankenkasse ein Antrag gestellt.

e) **Weitere Anträge für dieses Projekt** wurden oder werden gestellt bei

<input type="checkbox"/> Pflegeversicherung, Unfallversicherung, Rentenversicherung	<input type="text"/> Betrag	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Öffentliche Hand (z.B. Land, Kommunen)	<input type="text"/> Betrag	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Landesverband/Bundesverband	<input type="text"/> Betrag	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Wirtschaftsunternehmen	<input type="text"/> Betrag	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Weitere	<input type="text"/> Betrag	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Weitere	<input type="text"/> Betrag	<input type="text"/> €

Es wurde bei keiner der vorgenannten Institutionen ein Antrag gestellt.

f) Kosten – und Finanzierungsplan

Detaillierte Aufstellung der <b>Einnahmen</b> des Projektes in Euro	Detaillierte Aufstellung der <b>Ausgaben</b> des Projektes in Euro
Eigenmittel	1.
	2.
Rücklagen	3.
	4.
Andere Förderer (z.B. öffentliche Hand, andere Krankenkassen)	5.
	6.
Sonstige (z.B. Spenden, Sponsoring)	7.
	8.
Antragssumme bei der IKK classic	9.
	10.
Summe	Summe

Bitte tragen Sie hier ein, in welcher Höhe Sie Fördermittel beantragen!

**Höhe der beantragten Fördermittel bei der IKK classic**

€

#### 4. Bankverbindung

- Unsere Selbsthilfegruppe verfügt über ein **eigenes** Konto.
- Unsere Selbsthilfegruppe verfügt über ein Unterkonto beim Landes- oder Bundesverband, über das die Selbsthilfegruppe verfügberechtigt ist.

Die Förderung soll auf folgendes Konto überwiesen werden

Kontoinhaber

Anschrift

Kreditinstitut

IBAN

BIC

#### Erklärung

Hiermit erklären wir, dass wir stellvertretend für die Selbsthilfegruppe die Fördermittel durch die Krankenkassen/-verbände in Empfang nehmen. Wir sind verantwortlich für die ordnungsgemäße Verwendung des Geldes, sowie für die Ausstellung eines entsprechenden Verwendungsnachweises.

Die allgemeinen Nebenbestimmungen haben wir zur Kenntnis genommen.

#### 1. Vertretungsbefugter

Name, Vorname in Druckbuchstaben

Ort, Datum, Unterschrift (und ggf. Stempel)

#### 2. Vertretungsbefugter

Name, Vorname in Druckbuchstaben

Ort, Datum, Unterschrift (und ggf. Stempel)

#### Anlage des Antragsstellers:

#### Diesem Antrag sind folgende Unterlagen beigefügt:

- Presseartikel
- Flyer
- Gründungsprotokoll
- Finanzierungsplan
- Sonstiges (z.B. Projektbeschreibung)

## Datenverwendungserklärung

### Noch eine Bitte in eigener Sache:

Wichtige Voraussetzung zur besseren Umsetzung der Selbsthilfeförderung nach § 20h 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 AnsprechpartnerInnen 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.

### Einverständniserklärung zur weitergehenden Datenverwendung:

Wir willigen ein, dass die Angaben aus dem Strukturbogen 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

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

Wir willigen in diese weiter gehende Datenverwendung ein.

Ort, Datum

Unterschrift