

Kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung - Pauschalförderung -

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. 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: Detaillierte Kalkulation des Förderbedarfs
(ab 401,00 Euro zwingend erforderlich!)
- Anlage 4: Nachweis über die Verwendung der Fördermittel des Vorjahres
(Voraussetzung für jede neue Förderung!)
- Anlage 5: Kontaktadressen für die Antragstellung

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 sie spätestens zum 15. September einzureichen.

**Antragsformular 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:

E-Mail:

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?

Wie viele Mitglieder hat die SHG?

Wie häufig finden Gruppentreffen statt?

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

Wenn ja, in welchem?

(3) Angaben zur beantragten pauschalen Förderung:

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

Es wird hiermit eine pauschale Förderung beantragt in Höhe von:

€

Hinweis: Ab einer Antragssumme von 401,00 Euro muss zusätzlich die Anlage 3 ausgefüllt werden.

Weitere Anträge für dieses Förderjahr wurden gestellt bei:

- Öffentliche Hand (z.B. Land, Kommunen)
- Unfallversicherung
- Rentenversicherung
- Private Krankenversicherung
- Landesverband (bei Mitgliedschaft)
- Wirtschaftsunternehmen
- Weitere:

Hinweis: Ein nachträglicher Verwendungsnachweis gilt als Förderungsvoraussetzung für jede weitere Pauschalförderung (siehe Anlage 4). Belege sind 5 Jahre aufzubewahren. Den Bremer Krankenkassen behalten sich vor, ggf. Einzelbelege einzufordern und zu prüfen.

(4) Bereits beantragte Fördermittel

Wurden von ihrer Selbsthilfegruppe bereits Gelder nach SGB XI beantragt?

- ja
- nein

Wenn ja, in welcher Höhe? €

Wenn ja, zu welchem Zweck? €

(5) Bankverbindung

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

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

Kontoinhaber:

Anschrift:

Kreditinstitut:

Bankleitzahl: Kontonummer:

Selbsthilfegruppen, die eine unselbständige Untergliederung eines rechtsfähigen Verbandes sind

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

Kontoinhaber:

Anschrift:

Kreditinstitut:

Bankleitzahl: Kontonummer:

*) der 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/ -verbänden 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 § 20c SGB V - zu verwenden.

Rechtsverbindliche Unterschrift des Antragstellers
(und ggf. Stempel)

Ort, Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift eines weiteren
Gruppen-Mitgliedes (und ggf. Stempel)

Ort, Datum

Zusatzklärung (nur für Selbsthilfegruppen, die in einem Bundes-, Landes- oder Regionalverband sind)

Hiermit erkläre ich, dass ich stellvertretend für die Selbsthilfegruppe die Fördermittel durch die Krankenkassen/-verbände in Empfang nehme. Ich bin 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.

Name, Vorname

Datum, Unterschrift

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 Strukturhebungsbogen 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:

Ort, Datum

Unterschrift

**Aufstellung des Förderbedarfs (ab 401,00 EUR Antragssumme) zur
Beantragung pauschaler Fördermittel gemäß § 20c SGB V**

für das Förderjahr _____

Aufschlüsselung der beantragten Förderung

1. Regelmäßige Gruppentreffen

Miete €

Fahrtkosten €

2. Verwaltungskosten

Büromaterial €

Porto €

Telefon/Fax/Internet €

Fachliteratur (Faltblätter,
Plakate, Kopien o.Ä.) €

Ersatzbeschaffung von Mobiliar,
technischen Geräten €

3. Fortbildungen/Schulungen für Funktionsträger der Gruppe

(auf die Befähigung zur Vereins-/Gruppenarbeit und auf administrative Tätigkeitsarbeiten
ausgerichtet, z.B. PC-Schulungen, Weiterbildungen zum Vereinsrecht)

Fortbildungskosten €

Fahrtkosten €

4. Teilnahme an Gremiensitzungen

(verbandsinterne und regionale Arbeitsgruppen)

€

5. Sonstiges

€

Gesamtsumme: €

**Nachweis über die Verwendung der kassenübergreifenden Fördermittel der
örtlichen Selbsthilfegruppen gemäß § 20c SGB V**

für das Förderjahr _____

Hinweis: Ein nachträglicher Verwendungsnachweis gilt als Förderungsvoraussetzung für jede
weitere Pauschalförderung. Belege sind 5 Jahre aufzubewahren.
Die Bremer Krankenkassen behalten sich vor, ggf. Einzelbelege einzufordern und zu prüfen.

Name der Selbsthilfegruppe:

[Redacted area for group name]

Anschrift:

[Redacted area for address]

Telefon: [Redacted area]

E-Mail: [Redacted area]

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

[Redacted area for contact person and phone number]

Bewilligungsschreiben vom: [Redacted area]

Betrag: € [Redacted area]

Die Fördermittel wurden entsprechend unserer (satzungsgemäßen) Gruppenarbeit verwendet.

[Redacted area]
Ort, Datum

[Redacted area]
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
Telefon (0421) 49 98 6-2125, Telefax (0421) 49 98 6-2129
E-Mail tanja.ritter@ikk-gesundplus.de
Internet www.ikk-gesundplus.de

Knappschaft-Die neue See-Krankenversicherung

Ansprechpartner:
Michael Daunus
Faulenstr. 67, 28195 Bremen
Telefon (0421) 16 58 410
Telefax (0421) 16 58 430
E-Mail michael.daunus@kbs.de
Internet www.knappschaft.de

BKK Landesverband Mitte

Ansprechpartner für Bremen und Bremerhaven:
Ralf Lux
Bahnhofstraße 28-31, 28195 Bremen
Telefon (0421) 33 77 70, Telefax (0421) 33 77 733
E-Mail ralf.lux@bkkmitte.de
Internet www.bkkmitte.de

**vdek - Verband der Ersatzkassen
Landesvertretung Bremen**

Ansprechpartnerin für Bremen und Bremerhaven:
Christiane Sudeck
Bennigsenstraße 2-6, 28307 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:
Herr Keck, Herr 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