NACHWEIS ÜBER DIE MITTELVERWENDUNG GEM. § 20H SGB V

„GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe
Rheinland-Pfalz“ c/o AOK Rheinland-
Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse
Gisela Stichler
Hermannstraße 37
56564 Neuwied

BITTE UNAUFGEFORDERT
BIS SPÄTESTENS
31. DEZEMBER
ZURUCKSCHICKEN.

Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift der Selbsthilfegruppe)

Telefon | Bewilligung vom | Bewilligter Betrag

€

Verwendungszweck

Der Empfänger der Fördermittel bestätigt, dass

- die Mitteilungspflichten gem. Leitfaden Selbsthilfeförderung erfüllt sind,
- die Fördermittel wirtschaftlich, sparsam und zweckgebunden verwendet wurden,
- Gegenstände, deren Anschaffungswert 800 € (ohne Mehrwertsteuer) übersteigt, inventarisiert sind,
- die Fördermittel ausschließlich für satzungsgemäße gesundheitsbezogene Selbsthilfeaufgaben der Selbsthilfegruppe verwendet wurden.

1. Vertretungsbefugte/-r *

Ort, Datum | **Name in Druckbuchstaben** | **rechtsverbindliche Unterschrift**

2. Vertretungsbefugte/-r *

Ort, Datum | **Name in Druckbuchstaben** | **rechtsverbindliche Unterschrift**

* **Bitte beachten:** Das Nachweisblatt **muss von zwei Vertretungsbefugten** unterschrieben werden. Ansonsten kann der Verwendungsnachweis nicht abschließend bearbeitet werden.