

Kassenartübergreifende Pauschalförderung Rheinland-Pfalz

Antragsformular Gruppenneugründung

örtliche/regionale Selbsthilfegruppen 2020

Damit die gesetzlichen Krankenkassen 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. Eine fehlende Mitwirkung kann zur Ablehnung Ihres Antrages führen. Ein Rechtsanspruch auf Pauschalförderung und auf eine bestimmte Fördersumme besteht nicht.

Reichen Sie deshalb den Antrag mit den erforderlichen Anlagen **nur** vollständig ausgefüllt **und** unterschrieben ein (s. hierzu Seiten 5 u. 6). Änderungen im Antragsvordruck durch den Antragsteller sind nicht zulässig.

1. Antrag GRUPPENNEUGRÜNDUNG für das Förderjahr 2020

1.1. Kontaktdaten

Name des Antragstellers (der Selbsthilfegruppe):

Anschrift bzw. Kontaktadresse für den Schriftverkehr:

Telefon:

E-Mail:

Fax:

Internet:

1.2. Bankverbindung:

Kontoinhaber:

Kreditinstitut:

IBAN:

BIC:

1.3. Ansprechpartner/-in für Rückfragen zum Antrag:

Name:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

1. Antrag GRUPPENNEUGRÜNDUNG für das Förderjahr 2020

1.4. Angaben zur Selbsthilfegruppe (SHG)

Treffpunkt der Selbsthilfegruppe (mit Anschrift):

[Redacted]

[Redacted]

Mit welchem Krankheitsbild befasst sich die Selbsthilfegruppe?

[Redacted]

Seit wann besteht die SHG?

[Redacted]

Ist die SHG offen für neue Mitglieder?

[Redacted]

Wie viele Mitglieder hat die SHG?

[Redacted]

Wie viele Personen nehmen regelmäßig an den Gruppentreffen teil?

[Redacted]

Wie häufig finden Treffen der Gesprächsgruppen/-kreise zum krankheitsbezogenen Austausch statt?

[Redacted]

Ist die SHG bundeslandübergreifend tätig? Ja Nein

Wenn ja, Sitz der SHG: [Redacted]

Krankheitsbezogene Selbsthilfe der Gruppe findet in folgenden Bundesländern statt:

[Redacted]

Ist die SHG Mitglied in einem Landesverband/Bundesverband? Ja Nein

Wenn ja, in welchem:

[Redacted]

Muss die SHG Raummiete/Nebenkosten bezahlen? Ja Nein

Wenn ja, an wen:

[Redacted]

in welcher Höhe:

[Redacted]

Anlass der Raumnutzung:

[Redacted]

Wird die Gruppe angeleitet/moderiert?

Ja

Nein

Wenn ja, von wem?

Betroffene/r

Angehörige/r

Sonstige (z. B. Arzt, Therapeut)

Wurde oder wird für das aktuelle Kalenderjahr ein Antrag betreffend Pflege/ Pflegende Angehörige nach SGB XI gestellt ja nein

Unsere Gruppe hat keine Fördergelder nach SGB XI hat Fördergelder in Höhe von Euro erhalten.

Insofern über den Antrag später entschieden wird, werden wir die GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe unverzüglich entsprechend informieren.

1.5. Angaben zur beantragten pauschalen Förderung:

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

Höhe der beantragten Fördermittel

300 EUR

1. Antrag GRUPPENNEUGRÜNDUNG für das Förderjahr 2020

1.6. Abschließende Erklärung

Der Antragsteller erklärt, dass
<ul style="list-style-type: none">• die Angaben im Antrag richtig und vollständig sind,
<ul style="list-style-type: none">• er über eine ordnungsgemäße Geschäfts- und Buchführung und eine entsprechende Verwaltung verfügt,
<ul style="list-style-type: none">• die Grundsätze zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit eingehalten werden,
<ul style="list-style-type: none">• die im aktuellen GKV-Leitfaden (A.5.3 a und b) genannten Fördervoraussetzungen zur Kontoführung eingehalten werden.

Der Antragsteller nimmt zur Kenntnis, dass bei einem positiven Bescheid kein Anspruch auf Förderung in gleicher Höhe in den folgenden Haushaltsjahren besteht.

Der Antragsteller wird auf Anforderung des Fördermittelgebers ggf. weitere Unterlagen und Nachweise, die für die Beurteilung des Antrags notwendig sind, zur Verfügung stellen. Er nimmt zur Kenntnis, dass der Fördermittelgeber bei vorsätzlich falschen oder grob fahrlässigen Angaben berechtigt ist, die Fördermittel ganz oder teilweise zurückzufordern.

Ort, Datum

1. Vertretungsbefugter*

Name, Vorname in Druckbuchstaben

2. Vertretungsbefugter*

Ort, Datum

Name, Vorname in Druckbuchstaben

Stempel bzw. Name der Gruppe
(ggf. auch von Selbsthilfekontaktstelle oder Landesverband):

→

Unterschrift – 1. Vertretungsbefugter*

→

Unterschrift – 2. Vertretungsbefugter*

*Bei Gruppenneugründungen kann eine der Unterschriften auch von einer Selbsthilfekontaktstelle oder dem zuständigen Landesverband geleistet werden.

2. Datenverwendungserklärung

(Anlage 1)

Noch eine Bitte im eigenen Interesse der Antragsteller:

Wichtige Voraussetzung zur besseren Umsetzung der Selbsthilfeförderung nach § 20h SGB V ist größtmögliche 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.

Zur Antragsbearbeitung und eventuellen Abstimmung Ihres Antrags innerhalb der GKV, mit weiteren Fördermittelgebern und/oder mit zuständigen Selbsthilfeorganisationen/Selbsthilfekontaktstellen benötigen wir **zwingend** folgende Einverständniserklärung.

Wir willigen ein, dass die Angaben aus dem Antrag für folgende Zwecke verwendet werden dürfen:

- Antragsbearbeitung,
- 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 unserer Selbsthilfeeinrichtung durch die gesetzlichen Krankenkassen zu den gesetzlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen der gesundheitsbezogenen Selbsthilfeförderung,
- Dokumentation des Fördergeschehens für interne Zwecke der jeweiligen Krankenkassen und ihrer Verbände,
- Information und Beratung der Versicherten und der interessierten Öffentlichkeit über Art der Selbsthilfeeinrichtung, betroffenes Krankheitsbild, Name der Selbsthilfeeinrichtung sowie die für die Erreichbarkeit erforderlichen Daten,
- Aufnahme in Adressverteiler für die Weitergabe von Informationen für die Selbsthilfe, Einladungen zu Selbsthilfetagungen und für die Zusendung von kasseninternen Selbsthilfeinformationen.

Wir willigen in diese o.g. Datenverwendung ein:

Ort, Datum

Unterschrift

3. Nachweis über die Mittelverwendung gemäß § 20h SGB V

(Anlage 2)

Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift der Selbsthilfegruppe):

[Redacted area for recipient name and address]

Name/Ansprechpartner/-in bei eventuellen Rückfragen:

Telefon:

[Redacted area for name]

[Redacted area for phone number]

Bewilligungsschreiben vom:

Geschäftszeichen:

Betrag:

[Redacted area for date]

D 4.1.3

300,-

€

Verwendungszweck:

Gruppenneugründung

[Redacted area for purpose]

Der Empfänger der Fördermittel bestätigt, dass

- die Mitteilungspflichten gem. Leitfaden Selbsthilfeförderung erfüllt sind,
- die Fördermittel wirtschaftlich, sparsam und zweckgebunden verwendet wurden,
- Gegenstände, deren Anschaffungswert 410 Euro (ohne Umsatzsteuer) übersteigen, inventarisiert sind,
- die Fördermittel ausschließlich für satzungsgemäße gesundheitsbezogene Selbsthilfeaufgaben der Selbsthilfegruppe verwendet wurden.

1. Vertretungsbefugter

Ort, Datum

Name in Druckbuchstaben

rechtsverbindliche Unterschrift

[Redacted area for location and date]

[Redacted area for name]

→ [Redacted area for signature]

2. Vertretungsbefugter

Ort, Datum

Name in Druckbuchstaben

rechtsverbindliche Unterschrift

[Redacted area for location and date]

[Redacted area for name]

→ [Redacted area for signature]

Zurück an:

[„GKV-Gemeinschaftsförderung
Selbsthilfe Rheinland-Pfalz"
c/o AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
Die Gesundheitskasse
Referat Gesundheitsförderung
Virchowstraße 30
67304 Eisenberg]

4. Kontaktadresse für die Antragstellung

(Anlage 3)

Anträge auf Pauschalförderung bitte nur bei folgendem Federführer abgeben:

Federführer im Jahr 2020

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse

Referat Gesundheitsförderung

Virchowstr. 30, 67304 Eisenberg

Telefon 0261 3904-240, Fax 06351 403-721

E-Mail: gisela.stichler@rps.aok.de



Die kassenartübergreifende Pauschalförderung nach § 20h SGB V im Land Rheinland-Pfalz wird durch die „GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe Rheinland-Pfalz“ gewährleistet.

Mitglieder der GKV-Gemeinschaftsförderung in Rheinland-Pfalz sind:



IKK Südwest

Kirsten Beck

Hoevelstr. 19-23

56073 Koblenz

Telefon 0261 89 96-7102, Fax 0261 89 96-7195

E-Mail: kirsten.beck@ikk-sw.de

vdek Landesvertretung

Rheinland-Pfalz

Roland Georg

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 22

55130 Mainz

Telefon 06131 9825532, Fax 06131 832015

E-Mail: roland.georg@vdek.com

SVLFG - Landwirtschaftliche Krankenkasse

Volker Klais

Theodor-Heuss-Str. 1

67346 Speyer

Telefon 0561 785-13855, Fax 0561 785-219009

E-Mail: volker.klais@svlfg.de

BKK Landesverband Mitte

Robert Miedreich

Wallstr. 88

55122 Mainz

Telefon 06131 330539, Fax 06131 330571

E-Mail: robert.miedreich@bkkmitte.de

KNAPPSCHAFT

Regionaldirektion Saarbrücken

Iris Neuhardt

St. Johanner Str. 46-48

66111 Saarbrücken

Telefon 0681 4002-1314, Fax 0234 97838-13588

E-Mail: iris.neuhardt@kbs.de

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse

Klaus Wilms

Virchowstr. 30

67304 Eisenberg

Telefon 06351 403-477, Fax 06351 403-721

E-Mail: klaus.wilms@rps.aok.de