

# Kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung Rheinland-Pfalz

## Antragsunterlagen Gruppenneugründung

### örtliche/regionale Selbsthilfegruppen

# 2019

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.

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 2019

---

## 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 2019

---

### 1.4. Angaben zur Selbsthilfegruppe (SHG)

Treffpunkt der Selbsthilfegruppe (mit Anschrift):

Mit welchem Krankheitsbild befasst sich die Selbsthilfegruppe?

Seit wann besteht die SHG?

Ist die SHG offen für neue Mitglieder?

Wie viele Mitglieder hat die SHG?

Wie viele Personen nehmen regelmäßig an den Gruppentreffen teil?

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

Ist die SHG Mitglied in einem Landesverband/Bundesverband?

Ja

Nein

Wenn ja, in welchem:

Muss die SHG Raummiete/Nebenkosten bezahlen?

Ja

Nein

Wenn ja, an wen:

in welcher Höhe:

Anlass der Raumnutzung:

Wird die Gruppe angeleitet/moderiert?

Ja

Nein

Wenn ja, von wem?

Betroffene/r

Angehörige/r

Sonstige (z.B. Arzt, Therapeut)

## 1. Antrag GRUPPENEUGRÜNDUNG für das Förderjahr 2019

---

### 1.5. Angaben zur beantragten pauschalen Förderung:

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

Four horizontal grey bars representing redacted text.

<b>Höhe der beantragten Fördermittel</b>	<b>300 EUR</b>
--	----------------

# 1. Antrag GRUPPENEUGRÜNDUNG für das Förderjahr 2019

## 1.6. Abschließende Erklärung

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

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):

Name/Ansprechpartner/-in bei eventuellen  
Rückfragen:

Telefon:

Bewilligungsschreiben  
vom:

Geschäftszeichen:

Betrag:

D 4.1.3

300,-

€

Verwendungszweck:

Gruppenneugründung

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



#### 2. Vertretungsbefugter

Ort, Datum

Name in Druckbuchstaben

rechtsverbindliche Unterschrift



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 Antragsstellung

(Anlage 3)

Anträge auf Pauschalförderung bitte nur bei folgendem Federführer abgeben:

### Federführer im Jahr 2019

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 kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung 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 579019-13, Fax 0261 579019-28

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

Essenheimer Str. 126

55128 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