

# Kassenartübergreifende Pauschalförderung Rheinland-Pfalz

## Antragsformular Pauschalförderung 2020

### Selbsthilfeorganisationen auf Landesebene

#### Pauschalförderung für

#### **Aufwendungen gemäß dem Leitfaden zur Selbsthilfeförderung A.8.2 Förderfähige Ausgaben**

#### **einschließlich**

- Tagungs-, Kongress- und Messebesuche**
- Mitglieder-/Delegiertenversammlungen**
- überregionale Gremiensitzungen**

**Wichtig:** Beantragen Sie die o.a. Aufwendungen über die Pauschalförderung und nicht über die kassenindividuelle Projektförderung! Aufgrund gesetzlicher Änderungen ab dem 01.01.2020 erhöhen sich die Mittel der Pauschalförderung um 20 Prozent, in der Projektförderung stehen den einzelnen Krankenkassen entsprechend weniger Mittel zur Verfügung. **Vergleichen Sie dazu bitte die Begleitinformation zum Antragsverfahren 2020 ([www.selbsthilfe-rlp.de](http://www.selbsthilfe-rlp.de)).**

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 **fristgerecht** mit den erforderlichen Anlagen (s. Seite 7) **nur** vollständig ausgefüllt **und** unterschrieben ein (s. hierzu Seiten 6, 9, 12 u. 14). Änderungen im Antragsvordruck durch den Antragsteller sind nicht zulässig.

## Antragsfrist: 31. Januar 2020

### 1.1. Kontaktdaten

Name des Antragstellers (der Selbsthilfeorganisation):

[Redacted]

[Redacted]

Anschrift bzw. Kontaktadresse für den Schriftverkehr:

[Redacted]

[Redacted]

Telefon:

[Redacted]

E-Mail:

[Redacted]

Fax:

[Redacted]

Internet:

[Redacted]

### 1.2. Bankverbindung:

Kontoinhaber:

[Redacted]

Kreditinstitut:

[Redacted]

IBAN:

[Redacted]

BIC:

[Redacted]

### 1.3. Ansprechpartner/-in für Rückfragen zum Antrag:

Vorname, Name:

[Redacted]

Telefon:

[Redacted]

Fax:

[Redacted]

E-Mail:

[Redacted]

### 1.4. Gesamtausgaben entsprechend Haushaltsplan 2020

<b>a) Personalausgaben</b>	
Löhne/Gehälter	EUR
Sozialabgaben, Beiträge zu Berufsgenossenschaften etc.	EUR
<b>Sachausgaben</b>	
<b>b) Raumkosten/Miete inkl. Betriebskosten</b>	
für Landesgeschäftsstelle	EUR
für andere Räumlichkeiten (bitte erläutern) _____	EUR
<b>c) Geschäftsbedarf</b>	
Büroausstattung/Büromaterial	EUR
Fachliteratur	EUR
Fernmeldegebühren (Telefon, Fax, Internet)	EUR
Porto	EUR
Sonstige Verwaltungskosten _____	EUR
<b>d) Ersatz/Anschaffung von Mobiliar und technischen Geräten (Büro/EDV/IT)</b>	
<input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> Drucker <input type="checkbox"/> Laptop <input type="checkbox"/> Multifunktionsgerät	<input type="checkbox"/> Beamer <input type="checkbox"/> Multifunktionsgerät <input type="checkbox"/> Software <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
	EUR
<b>e) Fahrt-/Reisekosten (Gremiensitzungen)</b>	
	EUR
<b>f) Öffentlichkeitsarbeit</b>	
Regelmäßig erscheinende Medien	EUR
Pflege Homepage/Internet	EUR
<b>g) Mitgliedsbeiträge für Selbsthilfe-Dachorganisationen</b>	
	EUR
<b>h) Selbsthilfebezogene Maßnahmen: Anlage 3 zwingend erforderlich!</b>	
<input type="checkbox"/> Mitglieder-/Delegiertenversammlungen <input type="checkbox"/> Gremiensitzungen, überregional .....Ausgaben <b>einschließlich</b> Fahrt-/Raumkosten, Gebühren, Honorare >	<input type="checkbox"/> Tagungen <input type="checkbox"/> Kongresse/Gesundheitsmessen
	EUR
<b>i) Ausgaben für geplante Projekte (keine Aufwendungen gemäß Leitfaden A.8.2)</b>	
	EUR
<b>j) Weitere Ausgaben der Gesamtplanung, auch „nicht förderfähige“ Aufwendungen*:</b>	
	EUR
	EUR
	EUR
<b>Summe der Gesamtausgaben</b>	<b>EUR</b>

\*Rückstellungen bitte gesondert erläutern.

### 1.5. Gesamteinnahmen entsprechend Haushaltsplan 2020

<b>Eigene Mittel</b>	
Mitgliedsbeiträge von eigenen Mitgliedern	EUR
Zuweisungen von Dachverbänden/Bundesverband	EUR
Entnahme aus Rücklagen*	EUR
Einnahmen aus Zweckbetrieb (z. B. aus Verkauf von Produkten)	EUR
Sonstige Einnahmen (Zinsen, Erbschaften, Fördervereine etc.)	EUR
<b>Summe Eigene Mittel</b>	<b>EUR</b>
<b>Fremde Mittel</b>	
<b>Öffentliche Hand</b> (institutionell/pauschal und/oder projektbezogen)	
Landesmittel, Bundesmittel	EUR
Kommunale Mittel	EUR
<b>Zuschüsse der Gesetzlichen Krankenversicherung (nur Projektförderung)</b>	EUR
<b>Zuschüsse sonstiger Sozialversicherungsträger</b> (institutionell/pauschal und/oder projektbezogen)	
Pflegeversicherung	EUR
Rentenversicherung	EUR
Unfallversicherung	EUR
<b>Sonstige Einnahmen</b>	
Sponsoring (z. B. Pharmaunternehmen, Medizinprodukte-Hersteller)	EUR
Erhaltene Leistungen Dritter (geldwerte Dienstleistungen)	EUR
Spenden	EUR
Zuwendungen von Stiftungen	EUR
Weitere Einnahmen (z. B. Aktion Mensch/Lotterien/Bußgelder)	EUR
<b>Summe Fremde Mittel</b>	<b>EUR</b>
<b>Summe der Gesamteinnahmen</b>	<b>EUR</b>

Sind außergewöhnliche Veränderungen für das Antragsjahr 2020 zu erwarten, z. B. Einnahmen (Erbschaften o. a.) oder Einnahmeausfälle? Wenn ja, bitte erläutern:

Ja

Nein

\* Sofern Rücklagen bestehen und diese im Antrag nicht als Eigenmittel ausgewiesen werden, ist dies zu begründen. Bei Selbsthilfeorganisationen, die neben den Aufgaben der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe soziale Dienstleistungen erbringen und aus diesen Betätigungen über freie Rücklagen verfügen, reicht bei der Antragstellung der Hinweis, dass diese Rücklagen aufgrund der Komplexität und des Umfangs dieser Aufgaben nicht für die Finanzierung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe eingebracht werden können.

### 1.6. Angaben zur beantragten pauschalen Förderung:

<b>Welche wiederkehrenden Aufgaben werden auf Landesebene in diesem Förderjahr wahrgenommen? *</b>
<b>Welche gesundheitsbezogenen Arbeitsschwerpunkte und Maßnahmen sollen mit den beantragten pauschalen Fördermitteln realisiert werden? *</b>

\* Gegebenenfalls auf einem separaten Blatt ausführen.

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

<b>Höhe der beantragten Fördermittel**</b>	<b>EUR</b> _____
--	------------------

\*\* Erforderliche Fördermittel unter Berücksichtigung aller eigenen Mittel und Einnahmen, die mit dem Förderzweck zusammenhängen (insbesondere Zuwendungen, Leistungen Dritter, Einnahmen aus Sponsoring etc.). Sofern Rücklagen/finanzielle Reserven bestehen und diese im Antrag nicht zur Deckung der Ausgaben verwendet werden, ist dies vom Antragsteller zu begründen.

**Anmerkung:**

Die „GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe Rheinland-Pfalz“ wird zu Zwecken der Transparenz den Namen des Fördermittelempfängers und die Förderhöhe veröffentlichen.

### 1.7. 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>

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 lt. Satzung

Name, Vorname in Druckbuchstaben

#### 2. Vertretungsbefugter lt. Satzung

Ort, Datum

Name, Vorname in Druckbuchstaben

Stempel



Unterschrift – 1. Vertretungsbefugter



Unterschrift – 2. Vertretungsbefugter

### 1.8. Antrag PAUSCHALFÖRDERUNG für das Förderjahr 2020

Folgende Anlagen sind diesem Antrag beizufügen:		
	ist beigefügt	
1) Strukturhebungsbogen (Anlage 1)	<input type="checkbox"/>	
2) Nachweis der Rücklagen (Anlage 2)	<input type="checkbox"/>	
3) Aufstellung zum Förderbedarf (Anlage 3)	<input type="checkbox"/>	
4) Datenverwendungserklärung (Anlage 4)	<input type="checkbox"/>	
5) Erklärung zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit (Anlage 5)	<input type="checkbox"/>	
6) Verwendungsnachweis des Vorjahres <input type="checkbox"/> Mittelverwendungsnachweis wurde bereits abgegeben	<input type="checkbox"/>	
7) Haushaltsplan (geplante Einnahmen und Ausgaben) für das Antragsjahr, ggf. als Entwurf	<input type="checkbox"/>	
8) <u>Letzte</u> Jahresabschluss-Rechnung (satzungsmäßig geprüft)	<input type="checkbox"/>	
9) Mitteilung über die <u>letzte</u> Entlastung des Vorstandes durch die Mitglieder- bzw. Delegiertenversammlung	<input type="checkbox"/>	
Weitere Unterlagen*:		
	liegt bereits vor	ist beigefügt
10) Gültiger regulärer Freistellungsbescheid des Finanzamtes*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Aktuelle Satzung*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*Unterlagen sind nur beim Erstantrag oder bei Änderungen gegenüber dem Vorjahresantrag einzureichen.

## Strukturerhebungsbogen für Selbsthilfeorganisationen (Anlage 1)

Stand der nachstehenden Angaben: \_\_\_\_\_ (Datum)

Name des Landesverbandes:	
_____	
_____	
Anschrift:	
_____	
_____	
Vorsitzende(r)/Präsident(in):	_____
ggf. Geschäftsführer(in):	_____
Telefon: _____	Telefax: _____
E-Mail: _____	Internet: _____

- (1) a) Gründungsjahr des Landesverbandes: \_\_\_\_\_
- b) Jahr der Eintragung in das Vereinsregister: \_\_\_\_\_
- c) Falls noch kein e.V., wann ist die Eintragung vorgesehen? \_\_\_\_\_
- d) Gründe für die Nichteintragung in das Vereinsregister: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- (2) Mitglieder in der Landesorganisation
- a) Anzahl der Einzelmitglieder (natürliche Personen): \_\_\_\_\_
- b) Anzahl der zugehörigen örtlichen Selbsthilfegruppen im Land: \_\_\_\_\_
- (3) a) Erhebt Ihr Landesverband Mitgliedsbeiträge?  Ja  Nein
- Wenn ja, Höhe des Mitgliedsbeitrages pro Einzelmitglied/Jahr: \_\_\_\_\_ €
- Wenn nein, erhalten Sie Zuweisung von Mitgliedsbeiträgen durch Ihre Bundesorganisation/BV?  Ja  Nein
- b) Ist Ihre Landesorganisation eine rechtlich unselbständige Untergliederung eines Bundesverbandes?  Ja  Nein
- Wenn ja: Erhält Ihre Landesorganisation geldwerte Leistungen durch die Bundesorganisation/BV?  Ja  Nein
- Wenn ja, welche? (z. B. Mitgliederverwaltung) und in welcher Höhe?

Euro



- (4) Ist Ihre Landesorganisation bundeslandübergreifend aktiv?  Ja  Nein

Wenn ja, Sitz des Landesverbandes:

- (5) In welchen übergeordneten Organisationen ist Ihr Landesverband Mitglied?

- (6) Anzahl der hauptberuflichen Stellen im Landesverband:

keine  unter 1  1 bis 2  3 bis 5  6 bis 10  mehr als 10

- (7) a) Name der Erkrankung/Behinderung:

b) Zuordnung der Erkrankung zum Krankheitsverzeichnis nach § 20h SGB V

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Krankheiten des Kreislaufsystems  | <input type="checkbox"/> Hirnbeschädigungen   |
| <input type="checkbox"/> Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, der Gelenke, der Muskeln und des Bindegewebes | <input type="checkbox"/> Endokrine Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten                |
| <input type="checkbox"/> Bösartige Neubildungen, Tumorerkrankungen   | <input type="checkbox"/> Krankheiten des Blutes, des Immunsystems/ Immundefekte           |
| <input type="checkbox"/> Allergische und asthmatische Erkrankungen, Krankheiten des Atmungssystems             | <input type="checkbox"/> Krankheiten der Sinnesorgane, Hör-, Seh- und Sprachbehinderungen |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Verdauungsorgane und des Urogenitaltraktes                           | <input type="checkbox"/> Infektiöse Krankheiten   |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen   | <input type="checkbox"/> Psychische und Verhaltensstörungen, Psychische Erkrankungen      |
| <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen, chronische Krankheiten des Hautanhanggebildes und der Unterhaut     | <input type="checkbox"/> Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien  |
| <input type="checkbox"/> Suchterkrankungen   | <input type="checkbox"/> Chronische Schmerzen   |
| <input type="checkbox"/> Krankheiten des Nervensystems   | <input type="checkbox"/> Organtransplantationen   |

c) Kurzbeschreibung der Erkrankung / Behinderung (ggf. Flyer/Selbstdarstellung beifügen):

d) Angaben zur Verbreitung der Erkrankung / Behinderung - handelt es sich um eine Seltene Erkrankung?

- (8) Selbstdarstellung des Landesverbandes:

Broschüre, Faltblatt, Newsletter, Mitgliederzeitschrift, Homepage (Ausdruck) o.ä. zur Selbstdarstellung des Landesverbandes, der Ziele und Arbeitsschwerpunkte ist /sind beigefügt.

- (9) Hat sich Ihr Landesverband eigene Leitsätze zur Wahrung der Neutralität und Unabhängigkeit im Umgang mit im Wettbewerb stehenden Wirtschaftsverbänden/-unternehmen gegeben?

Ja  Nein

Ort, Datum



rechtsverbindliche Unterschrift (und ggf. Stempel)

## Nachweis der Rücklagen / Finanzmittel (Anlage 2)

### Name und Anschrift der antragstellenden Landesorganisation

Name des Ansprechpartners:

Telefon:

E-Mail:

Der „Leitfaden zur Selbsthilfeförderung“ sieht vor, dass alle eigenen Mittel und Einnahmen, die mit dem Förderzweck zusammenhängen, als Deckungsmittel einzusetzen sind. Zu den eigenen Mitteln zählen auch Rücklagen. Darunter sind alle Finanzmittel in Form von Eigenkapital zu verstehen: Bank-, Bar-Kassen-Bestände, Geschäftsanteile, Vermögen usw. **Bitte geben Sie mit diesem Formular Ihre Bestände an.** Sofern Rücklagen/finanzielle Reserven bestehen, gemäß Ihren Angaben in dieser Antragstellung jedoch nicht zur Deckung der Ausgaben verwendet werden, ist dies von Ihnen zu begründen (ggf. auf einem gesonderten Blatt).

Beachten Sie dazu bitte die Hinweise im Antragsformular Blatt 1.6. sowie auf dem Einnahmenblatt 1.5. die Position „Entnahme aus Rücklagen“ sowie die dazugehörige Fußnote. Vielen Dank.

		Betrag/Summe
Der Gesamtbestand der Finanzmittel beträgt zum <input type="checkbox"/> 31.12.2019	bzw. zum _____	_____ <b>EUR</b>
<b>Zweckgebundene Rücklagen:</b> 1. Rücklagen, die (dem steuerbegünstigten) satzungsgemäßen Zweck dienen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	_____ <b>EUR</b>
2. Rücklagen für die Pflege des Vereinsvermögens	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	_____ <b>EUR</b>
3. Betriebsmittelrücklagen für _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	_____ <b>EUR</b>
<b>Nicht zweckgebundene Rücklagen:</b> 4. Freie Rücklagen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	_____ <b>EUR</b>
<b>Rücklagen aus Zweckbetrieb:</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	_____ <b>EUR</b>

Anlage 3

Aufstellung zum Förderbedarf

<i>Name der antragstellenden Organisation</i>						
<i>Aufstellung zu: Delegierten-/Mitgliederversammlungen, überregionale Gremiensitzungen, Tagungs-/Kongress- und Messebesuche</i>						
<b>Fahrtkosten Auto/Bahn</b>						
Datum	Anlass/Zweck	Veranstalter/Thema	Ort	Kfz-Kilometer gesamt	Kfz-Fahrtkosten gesamt	Bahnfahrt (2. Klasse) a) pro Person, b) gesamt
					Summe	Summe
<b>Übernachungskosten ohne Verpflegung</b>						
Datum	Anlass/Zweck	Veranstalter/Thema	Ort	Übernachungskosten pro Person und Nacht	a) Anzahl der Personen b) Anzahl der Übernachtungen	Bemerkungen
					Summe	
<b>Weitere Ausgaben, z. B. Teilnahmegebühren, Unterlagen</b>						
Datum	Anlass/Zweck	Veranstalter/Thema	Ort	Art der Kosten	a) pro Person b) gesamt	Bemerkungen
					Summe	
<b>Sonstiges</b>		<i>Weitere Positionen ggf. auf einem gesonderten Blatt erläutern und beziffern. Danke.</i>				

## Datenverwendungserklärung (Anlage 4)

---

### 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 Selbsthilfegruppe, 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

## **Erklärung zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit (Anlage 5)**

---

### **Erklärung zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe zum Umgang mit Wirtschaftsunternehmen bei gleichzeitiger Förderung durch die Krankenkassen und/oder ihre Verbände nach § 20h SGB V**

#### **Präambel**

Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen richten ihre fachliche und politische Arbeit an den Bedürfnissen und der Interessen von behinderten und chronisch kranken Menschen und deren Angehörigen aus. Sie fördern die Selbstbestimmung behinderter und chronisch kranker Menschen.

Der Umgang mit Wirtschaftsunternehmen darf die Unabhängigkeit der Selbsthilfe nicht einschränken und muss transparent sein. Damit die Neutralität und Unabhängigkeit der Selbsthilfe auch künftig gewahrt wird, haben die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Selbsthilfe bereits seit längerer Zeit eigene ausführliche Leitsätze veröffentlicht. Diese stehen allen Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen zur Verfügung. Darüber hinaus beraten die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Selbsthilfe die Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen über die Zielsetzung und den Regelungsgehalt dieser Leitsätze in der Praxis.

Mit der nachfolgenden Erklärung verpflichtet sich der Antragsteller zur Wahrung seiner Neutralität und Unabhängigkeit. Diese Erklärung wurde einvernehmlich mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Selbsthilfe und den Spitzenverbänden der Krankenkassen erarbeitet und gilt seit dem Förderjahr 2007. Sie basiert auf den bereits existierenden Leitsätzen der organisierten Selbsthilfe.

#### **Erklärung**

##### **I. Autonomie der Selbsthilfe**

Die Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen können finanzielle Zuwendungen von Personen des privaten und öffentlichen Rechts, von Organisationen und von Wirtschaftsunternehmen entgegennehmen, sofern dadurch keine Abhängigkeit begründet wird. Dazu ist Voraussetzung, dass keine überwiegende Finanzierung der Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen durch Wirtschaftsunternehmen erfolgt (z.B. Pharma-, Medizinprodukte-Industrie, Hilfsmittelhersteller). In allen Bereichen der Zusammenarbeit mit Wirtschaftsunternehmen muss die Autonomie über die Inhalte ihrer Arbeit, deren Umsetzung sowie die Verwendung der Mittel bei der Selbsthilfe verbleiben.

## II. Datenschutz

Sollten Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen personenbezogene Daten weitergeben, werden die Bestimmungen des Datenschutzes eingehalten.

## III. Information

Sofern Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen Wirtschaftsunternehmen Kommunikationsrechte wie z.B. das Recht auf die Verwendung des Vereinsnamens oder des Logos in Publikationen, Produktinformationen, Internet, Werbung oder bei Veranstaltungen gewähren, sind hierüber schriftliche Vereinbarungen zu treffen. Sie sind auf Aufforderung zu veröffentlichen. Ausgeschlossen ist die unmittelbare oder mittelbare Bewerbung von Produkten, Produktgruppen oder Dienstleistungen zur Diagnose und Therapie von chronischen Erkrankungen oder Behinderungen.

## V. Veranstaltungen

Die Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen tragen dafür Sorge, dass bei von ihnen organisierten und durchgeführten Veranstaltungen stets die Neutralität und Unabhängigkeit gewahrt bleiben. Dieser Anspruch gilt auch für organisatorische Fragen. Die Auswahl des Tagungsortes, der Rahmen, der Ablauf und die Inhalte der Veranstaltung werden von der Selbsthilfe bestimmt. Reisekosten sollen sich grundsätzlich an Bundes- bzw. den Landesreisekostengesetzen orientieren. Sofern Honorare gezahlt werden, sind diese maßvoll zu bemessen. Daten von Teilnehmern an Veranstaltungen werden nicht an Wirtschaftsunternehmen weitergegeben.

Ort, Datum

Unterschrift

## Nachweis über die Mittelverwendung gemäß § 20h SGB V (Anlage 6)

Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift der Selbsthilfeorganisation):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Name/Ansprechpartner/-in bei eventuellen Rückfragen: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Bewilligungsschreiben vom: \_\_\_\_\_ Geschäftszeichen: \_\_\_\_\_ 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 410 Euro (ohne Umsatzsteuer) übersteigen, inventarisiert sind,
- die Fördermittel ausschließlich für satzungsgemäße gesundheitsbezogene Selbsthilfeaufgaben des Landesverbandes verwendet wurden.

### Bitte folgende Nachweise beifügen:

- Jahres- oder Tätigkeitsbericht 2020 (ggf. als Entwurfsfassung)
- zahlenmäßiger Nachweis: gesamte Einnahmen und Ausgaben des Jahres 2020 in Form eines Jahresabschlusses (ggf. als Entwurfsfassung)
- Nachweis über die ordnungsgemäße Buchführung (letzter Bericht der Kassenprüfer oder eines Wirtschaftsprüfers)

#### 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	]       ]
--	--------------------------------

## Kontaktadresse für die Antragstellung (Anlage 7)

---

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