

# Kassenartübergreifende Pauschalförderung Rheinland-Pfalz

## Antragsformular 2020

### örtliche/regionale Selbsthilfegruppen

### Pauschalförderung **über 1.000,- Euro** für:

**Aufwendungen für die alltäglichen und wiederkehrenden  
Aufgaben**

**und / oder**

**Förderfähige Maßnahmen, z. B.**

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

**und / oder**

**Regelmäßig stattfindende Aktivitäten und Angebote,  
die einen engen Bezug zu selbsthilfebezogenen Aufgaben haben,  
z. B.**

- Gesundheits-/Selbsthilfetage
- Vortragsveranstaltungen

**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 nach § 20h SGB V 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 8) **nur** vollständig ausgefüllt **und** unterschrieben ein (s. hierzu Seiten 7 u. 9). Änderungen im Antragsvordruck durch den Antragsteller sind nicht zulässig.

## Antragsfrist: 29. Februar 2020

### 1.1. Kontaktdaten

Name der Selbsthilfegruppe:

Anschrift der Selbsthilfegruppe / des Ansprechpartners (Unzutreffendes bitte streichen):

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Internet

### 1.2. Ansprechpartner/ Ansprechpartnerin (für Schriftverkehr und eventuelle Rückfragen)

Name:

Adresse, nur falls von 1.1. abweichend:

Straße:

PLZ und Ort:

### 1.3. Bankverbindung:

Kontoinhaber:

Kreditinstitut:

IBAN\*:

BIC\*:

### 1.4. Angaben zur Selbsthilfegruppe (SHG)

Treffpunkt der Selbsthilfegruppe (mit Anschrift):

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) [Redacted]

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

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

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

### 1.5. Planung der gesamten Ausgaben 2020

<b>a) Raumkosten/Miete inkl. Betriebskosten</b>	
für Gesprächstreffen	EUR
<b>b) Geschäftsbedarf</b>	
Büroausstattung/Büromaterial/Druckerpatronen/Toner	EUR
Fachliteratur	EUR
Fernmeldegebühren (Telefon/Fax, Internet)	EUR
Porto	EUR
Bankgebühren, Kosten des Geldverkehrs	EUR
<b>c) Ersatz/Anschaffung von Mobiliar, technischen Geräten (Büro/EDV/IT) und Ausstellungsbedarf (Achtung: Rahmenbedingungen im Antragsformular 1.8/Seite 6)</b>	
<input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> Drucker <input type="checkbox"/> Laptop <input type="checkbox"/> Multifunktionsgerät <input type="checkbox"/> Beamer <input type="checkbox"/> Leinwand, Stellwand, Multiplanwand <input type="checkbox"/> Rollbanner <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> Software	EUR
<b>d) Maßnahmen und regelmäßig stattfindende Aktivitäten/Angebote, die einen engen Bezug zu selbsthilfebezogenen Aufgaben haben: Anlage 3a/b/c zwingend erforderlich!</b>	
<input type="checkbox"/> Mitglieder-/Delegiertenversammlungen <input type="checkbox"/> Gremiensitzungen, überregional <input type="checkbox"/> Tagungen <input type="checkbox"/> Kongresse/Gesundheitsmessen <input type="checkbox"/> Organisierter Klinikbesuchsdienst .....Ausgaben <b>einschließlich</b> Fahrt-/Raumkosten, Gebühren, Honorare > <input type="checkbox"/> Vortragsveranstaltungen <input type="checkbox"/> Selbsthilfe-/Gesundheitstage <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	EUR
<b>e) Öffentlichkeitsarbeit</b>	
Regelmäßig erscheinende Medien	EUR
Pflege Homepage/Internet	EUR
<b>f) Mitgliedsbeiträge für Selbsthilfe-Organisationen</b>	EUR
<b>g) Ausgaben für geplante Projekte: (keine der oben zu d) aufgeführten Maßnahmen/Aktivitäten/Angebote</b>	EUR
<b>h) Weitere Ausgaben der Gesamtplanung, auch „nicht förderfähige Aufwendungen“</b>	
	EUR
	EUR
	EUR
<b>Summe der geplanten Gesamtausgaben des Jahres 2020</b>	<b>EUR</b>

### 1.6. Planung der gesamten Einnahmen 2020

<b>Eigene Mittel</b>		
Mitgliedsbeiträge		EUR
Entnahme aus Rücklagen* (Bitte Anlage 2 einreichen)		EUR
Einnahmen von Dachverbänden/Landes-/Bundesverband		EUR
Sonstige Einnahmen (Zinsen, Erbschaften, Fördervereine etc.)		EUR
<b>Summe Eigene Mittel</b>		<b>EUR</b> <span style="background-color: #d3d3d3; display: inline-block; width: 50px; height: 15px;"></span>
<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 <b>Projektförderung</b>)</b>		EUR
<i>Projektname</i>	<i>Krankenkasse/n</i>	<i>Beantragt/erhalten Euro</i>
<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 / Zuwendungen von Stiftungen		EUR
Weitere Einnahmen (z. B. Aktion Mensch/Lotterien/Bußgelder)		EUR
<b>Summe Fremde Mittel</b>		<b>EUR</b>
<b>Summe der geplanten <u>Gesamteinnahmen</u> des Jahres 2020</b>		<b>EUR</b>

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

Ja

Nein

\*Sofern Rücklagen/finanzielle Reserven bestehen und diese hier nicht als Eigenmittel ausgewiesen werden, ist dies zu begründen. Anlage „Nachweis der Rücklagen“ muss eingereicht werden.

### 1.7. Höhe der beantragten Fördermittel

Bitte tragen Sie hier ein, in welcher Höhe Sie Fördermittel beantragen. Setzen Sie die Antragshöhe unter Berücksichtigung aller eigenen Mittel und Einnahmen fest, die mit dem Förderzweck zusammenhängen (insbesondere Zuwendungen, Leistungen Dritter, Einnahmen aus Sponsoring etc.).

beantragte Fördermittel	EUR
-------------------------	-----

### 1.8. Rahmenbedingungen für eine Förderung von Anschaffungen gemäß Ausgaben-Blatt 1.5. c):

Mit diesem Antrag können ausschließlich Anschaffungskosten im Rahmen der Pauschalförderung geltend gemacht werden, welche nicht durch andere Zuschüsse/Spenden/Projektförderung u. ä. Zuwendungen abgedeckt sind.

Der Höchstförderbetrag für Anschaffungen beträgt pro Jahr max. 1.000,- Euro pro Selbsthilfegruppe (unabhängig vom Förderbedarf). Die Anschaffungen sind bargeldlos zu tätigen und die Ausgaben sind unaufgefordert mit Abgabe des Mittelverwendungsnachweises mit einer Kopie der Rechnung (ausgestellt auf Ihre Selbsthilfegruppe) **und** einer Kopie des entsprechenden Kontoauszuges (Belastung auf dem Gruppenkonto) zu belegen. Die Anerkennung von Gebraucht-/Privatkäufen und von Barzahlungsbelegen ist nicht möglich.

### 1.9. 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

➔

Unterschrift – 1. Vertretungsbefugter

➔

Unterschrift – 2. Vertretungsbefugter

## 1.10. Anlagen

### Erstantrag

(Erstmalige Beantragung von Pauschalfördermitteln bei der GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe Rheinland-Pfalz)

Folgende Anlagen sind diesem Antrag beigelegt (bitte ankreuzen):	
<input type="checkbox"/>	Datenverwendungserklärung (Anlage 1), <b>zwingend erforderlich</b>
<input type="checkbox"/>	Nachweis über Rücklagen/Finanzmittel (Anlage 2), <b>zwingend erforderlich</b> <input type="checkbox"/> ggf. gesonderte Erklärung dazu
<input type="checkbox"/>	Aufstellung zum Förderbedarf (Anlagen 3a-c), zwingend erforderlich, falls Ausgaben zu 1.5 d) geltend gemacht werden
<input type="checkbox"/>	Aktuelle Satzung*
<input type="checkbox"/>	Aktueller Körperschaftssteuer-Freistellungsbescheid des Finanzamts*
<input type="checkbox"/>	Mitteilung über die letzte Entlastung des Vorstandes durch die Mitglieder- bzw. Delegiertenversammlung*
<input type="checkbox"/>	Selbstdarstellung, z. B. Flyer/Flugblatt, Programm, Ausdruck/Auszug von Homepage, Pressebericht o. ä.
<input type="checkbox"/>	Nachweis über die öffentliche regelmäßige Bekanntgabe des Angebotes

### Folgeantrag

Folgende Anlagen sind diesem Antrag beigelegt (bitte ankreuzen):	
<input type="checkbox"/>	Verwendungsnachweis des Vorjahres <input type="checkbox"/> Formular „Mittelverwendungsnachweis 2019“ wurde bereits abgegeben
<input type="checkbox"/>	Datenverwendungserklärung (Anlage 1), <b>zwingend erforderlich</b>
<input type="checkbox"/>	Nachweis über Rücklagen/finanzielle Reserven (Anlage 2), <b>zwingend erforderlich</b> <input type="checkbox"/> ggf. gesonderte Erklärung dazu
<input type="checkbox"/>	Aufstellung zum Förderbedarf (Anlagen 3a-c), zwingend erforderlich, falls Ausgaben zu 1.5 d) geltend gemacht werden
<input type="checkbox"/>	Aktuelle Satzung*
<input type="checkbox"/>	Aktueller Körperschaftssteuer-Freistellungsbescheid des Finanzamts*
<input type="checkbox"/>	Mitteilung über die <b>letzte</b> Entlastung des Vorstandes durch die Mitglieder- bzw. Delegiertenversammlung*
<input type="checkbox"/>	

\*Nur erforderlich, wenn es sich bei der Selbsthilfegruppe um einen eingetragenen Verein (e. V.) handelt.



## 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 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 Selbsthilfeeinrichtungen.

Wir willigen in diese o.g. Datenverwendung ein:

Ort, Datum

Unterschrift

## Nachweis der Rücklagen / Finanzmittel (Anlage 2)

### Name und Adresse der antragstellenden Gruppe

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 bei der Position 1.6. (Einnahmenblatt) „Entnahme aus Rücklagen“ und die dazugehörige Fußnote sowie bei der Position 1.7. Vielen Dank.

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

Anlage 3a

Aufstellung zum Förderbedarf

<i>Name der antragstellenden Gruppe:</i>						
<i>Aufstellung zu:</i> Gesundheits-/Selbsthilfetage, Delegierten-/Mitgliederversammlungen, <b>überregionale</b> Gremiensitzungen, Tagungs-/Kongress- und Messebesuche						
<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	Übernachtungsk. pro Person und Nacht	a) Anzahl der Personen b) Anzahl der Übernachtungen	Bemerkungen
					Summe	
<b>Gebühren, z. B. für Messestände, Teilnahme-/Eintrittsgelder, für Tagungsunterlagen</b>						
Datum	Anlass/Zweck	Veranstalter/Thema	Ort	Art der Kosten	a) pro Person b) gesamt	Bemerkungen
					Summe	
<b>Sonstiges</b>		<i>Weitere förderfähige Ausgaben bitte hier erläutern und beziffern, ggf. auf einem gesonderten Blatt.</i>				

Anlage 3b

Aufstellung zum Förderbedarf

<i>Name der antragstellenden Gruppe:</i>						
<i>Aufstellung zu: Vorträge/Vortragsveranstaltungen und "regelmäßige Maßnahmen"</i>						
<i><u>Förderbedingungen für "Maßnahmen":</u> Mindestens 1x jährlich stattfindende <b>gleichartige</b> Maßnahmen, d. h. Kosten für regelmäßig stattfindende Aktivitäten und Angebote (z. B. Angehörigentreffen), die einen <b>engen Bezug</b> zu selbsthilfebezogenen Aufgaben haben.</i>						
<b>Vorträge/Vortragsveranstaltungen</b>						
Datum	Anlass/Zweck	Veranstalter	Thema	Ort	Räumlichkeit	Bemerkungen
<b>geplante Ausgaben dazu</b>						
Datum	Referenten	Honorar	Honorarersatz (Präsente)	Fahrtkosten Referent	Fahrtkosten Gruppe (Vor- und Nachbereitung)	Bemerkungen
Datum	Räumlichkeiten	Raummiete	Raum-Nebenkosten	Tagungstechnik	Sonstiges	Bemerkungen
Datum	Sonstige Kosten	Weitere förderfähige Ausgaben bitte hier erläutern und beziffern, ggf. auf einem gesonderten Blatt.				
<b>Regelmäßige Maßnahmen (Förderbedingungen siehe oben)</b>			<b>Erforderlich: Einnahmen-/Ausgaben-Plan und genaue Beschreibung der Maßnahme!</b>			
Datum	Anlass/Zweck	Veranstalter/Thema	Ort	Art der Kosten	Höhe der Kosten	Bemerkungen
Bitte machen Sie die hierzu erforderlichen Angaben auf einem gesonderten Blatt.					Summe	

**Anlage 3c**

**Aufstellung zum Förderbedarf**

Name der antragstellenden Gruppe:

Aufstellung zu: **Organisierter Klinikbesuchsdienst / Patientenbesucherdienst (Betroffenenarbeit)**  
auf folgender Grundlage: Planung/Schätzung Jahr 2020 /Werte des Vorjahres (Unzutreffendes bitte streichen)

*Bitte beachten: Geben Sie die Fahrten einzeln nach Datum an oder fassen Sie die Fahrten pro Klinik zusammen, z. B. 4x jährlich Klinik A, 12x jährlich Klinik B usw. und weisen Sie die Fahrtkosten pro Dienst und pro Klinik entsprechend aus. Eine tabellarische Aufstellung mit diesem Formular oder gleichartiger Tabelle ist erforderlich.*

*Wir bitten um Verständnis: Einzelbelege und andersartige themen- und personenbezogene Aufstellungen können wir leider nicht berücksichtigen.  
Nicht anrechenbar: Besuch von Gruppenmitgliedern und Angehörigen.*

Datum	Name der Klinik / des Krankenhauses	Ort	Anlass der Fahrt	Kilometer pro Dienst (Hin- und Rückfahrt)	Fahrtkosten pro Dienst	Bemerkungen

**Summen**

---

## Nachweis über die Mittelverwendung gemäß § 20h SGB V (Anlage 4)

Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift der Selbsthilfegruppe):

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 der Selbsthilfegruppe verwendet wurden.

**Bitte folgende Nachweise beifügen, wenn die im Jahr 2020 erhaltene Pauschalförderung den Betrag von 1.000,- Euro übersteigt:**

- Tätigkeitsbericht über die Aktivitäten Ihrer Gruppe einschließlich Gesprächskreisen und Maßnahmen o. ä. gemäß Ihrer Antragstellung, ggf. als Entwurf,
- Zahlenmäßiger Nachweis: gesamte Einnahmen und Ausgaben in Form eines Jahresabschlusses, ggf. als Entwurf,
- falls Ersatz/Anschaffung von Mobiliar und technischen Geräten beantragt waren:  
Kopie der Rechnung und des Überweisungsbeleges/Kontoauszuges vom Gruppenkonto.

### 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                                   ┘

**Abgabe bitte unaufgefordert an obige Adresse bis spätestens 31. Dezember 2020!**

## Kontaktadresse für die Antragstellung (Anlage 5)

---

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