

Krankenkassenindividuelle Projektförderung

nach § 20h SGB V

Antragsunterlagen für die Selbsthilfeförderung der Selbsthilfegruppen und Landesorganisationen im Land Bremen

Damit die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände über eine Förderung entscheiden können, ist die Mitwirkung des Antragstellers erforderlich. Rechtsgrundlagen für die Mitwirkung sind § 60 SGB I („Angabe von Tatsachen“) und § 66 SGB I („Folgen fehlender Mitwirkung“). Verstößt der Antragsteller gegen §§ 60 und 66 SGB I, kann dies zur Ablehnung des Antrags führen.

Zu den Antragsunterlagen gehören die nachstehenden Anlagen:

| | | |
|-----------|--|------------|
| Antrag: | Daten des Antragstellers | Seite 2-3 |
| | Projektbeschreibung | Seite 4-5 |
| | Erklärung | Seite 6 |
| Anlage 1 | Kalkulation für das Projekt | Seite 7 |
| Anlage 2: | Datenverwendungserklärung | Seite 8 |
| Anlage 3: | Kontaktadressen für die Antragstellung | Seite 9-10 |

Anträge sind immer im Original und rechtzeitig vor der Durchführung des Projekts einzureichen.

Antrag auf krankenkassenindividuelle Projektförderung

für das Förderjahr

bei folgender Krankenkasse:

Es handelt sich bei dieser Gruppe um eine

örtliche/regionale Selbsthilfegruppe Landesorganisation Kontaktstelle

1. Angaben zum Antragsteller/-in:

Anzahl der Mitglieder:

Wurde Ihre Selbsthilfegruppe / Landesorganisation bereits durch die Bremer Krankenkassen anerkannt? Nein Wenn nein: Bitte Eigendarstellung der Gruppe und Kopie des Gründungsprotokolls beifügen.

Ja. In welchem Jahr wurde erstmalig gefördert?

Name der Selbsthilfegruppe / der Landesorganisation:

Anschrift:

(Wenn abweichend, Anschrift des Vereinssitzes, Treffpunkt der Gruppe)

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Internet:

Ansprechpartner/-in der Selbsthilfegruppe/ Landesorganisation für eventuelle Rückfragen zum Antrag:

Name:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

2. Bankverbindung

Selbsthilfegruppen/Selbsthilfeorganisationen, die keinem Verband (Bundes-, Landes-, oder Regionalverband) angehören

Bitte überweisen Sie die Förderung auf das für einen Treuhänder eingerichtete Konto, Unterkonto des Girokontos oder Sparkonto*:

Kontoinhaber:

Anschrift:

Kreditinstitut:

IBAN:

BIC:

Selbsthilfegruppen, die eine unselbstständige Untergliederung eines rechtsfähigen Verbandes sind

Bitte überweisen Sie die Förderung auf das (Unter-) Konto des Gesamtvereins oder des Verbandes*²:

Kontoinhaber:

Anschrift:

Kreditinstitut:

IBAN:

BIC:

*) der Verfügungsberechtigte für das Konto ist verpflichtet sicherzustellen, dass die Fördermittel nur für die Zwecke der Gruppe verwendet werden und die Selbsthilfegruppe in voller Höhe über die Fördermittel verfügen kann. Der Antrag auf Fördermittel muss von zwei Mitgliedern der Selbsthilfegruppe unterzeichnet werden.

*²) dieses Konto wurde für die Untergliederung angelegt und ist für die regionale Selbsthilfegruppe in voller Höhe verfügbar.

3. Projektbeschreibung / Konzept (ggf. auf separatem Blatt ausführen)

Projektname:

Projektbeschreibung:

Ziele des Projektes und Laufzeit:

Zielgruppe des Projektes

Projektbeteiligte / Kooperationspartner

4. Bei welcher Krankenkasse wurden ebenfalls Fördermittel beantragt und in welcher Höhe?

Keine

Krankenkasse: Euro

Krankenkasse: Euro

5. Bei welchen Institutionen/Unternehmen wurden ebenfalls Fördermittel beantragt?

- keiner der nachfolgenden Institutionen
- Öffentliche Hand (z. B. Land, Kommunen)
- Rentenversicherungsträger
- Pflegeversicherungsträger
- Unfallversicherungsträger
- Private Krankenversicherung
- Landesverband (bei Mitgliedschaft)
- Wirtschaftsunternehmen (z. B. Pharmaunternehmen, Medizinproduktehersteller)
- Weitere:

6. Kosten des Projektes / Finanzierung

(bitte fügen Sie eine Kostenkalkulation bei, siehe Anlage 1)

Gesamtkosten des Projektes: Euro

Höhe des Eigenanteils: Euro

Beantragte Mittel bei anderen Partnern
(Institutionen usw.): Euro

**Es wird hiermit eine Projektförderung bei
den Bremer Krankenkassen beantragt in
Höhe von:** Euro

7. In welcher Höhe wurden in diesem Jahr pauschale Fördermittel im Rahmen der

kassenartenübergreifenden Pauschalförderung beantragt? Euro

davon ggf. bewilligt: Euro

Erklärung

Dieser Antrag ist nur mit zwei Unterschriften von Mitgliedern der Antragstellerin gültig.

Hiermit erklären wir, dass wir stellvertretend für die Selbsthilfegruppe / Landesorganisation / Kontaktstelle die Fördermittel durch die Krankenkassen/-verbände in Empfang nehmen.

Mit den nachfolgenden Unterschriften bestätigt die Selbsthilfegruppe / Landesorganisation / Kontaktstelle, dass sie parteipolitisch und weltanschaulich neutral ist und keine kommerziellen Interessen verfolgt. Die Interessenwahrnehmung und -vertretung erfolgt durch Betroffene. Die Selbsthilfegruppe / Landesorganisation / Kontaktstelle ist zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und Krankenkassenverbänden bereit. Sie gewährleistet die ordnungsgemäße Durchführung der geförderten Maßnahmen, beachtet die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und erklärt sich bereit, die Verwendungsnachweise der bewilligten Mittel bis zum 15.12. des Förderjahres einzureichen. Des Weiteren wird bestätigt, dass das Projekt im Interesse der Mitglieder erfolgt und von diesen inhaltlich mitgetragen wird.

Ein Rechtsanspruch auf eine bestimmte Fördersumme besteht nicht. Die Höhe der Förderung ist abhängig von der im Förderjahr vorhandenen Gesamtfördersumme und der Anzahl und dem Förderbedarf aller anderen Antragsteller.

Wir verpflichten uns, die Zuschüsse zweckgebunden - gemäß § 20h SGB V - zu verwenden und auf die Förderung durch die Krankenkassen in geeigneter Weise hinzuweisen.

[]

Ort, Datum

[]

1.) Rechtsverbindliche Unterschrift Antragsteller/-in (und ggf. Stempel)

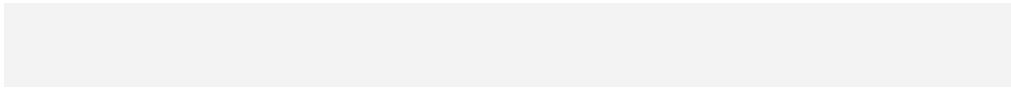
[]

Ort, Datum

[]

2.) Rechtsverbindliche Unterschrift eines weiteren Mitgliedes

Kalkulation für das Projekt:



| 1.) | (voraussichtliche) Ausgaben Bezeichnung | |
|-----|---|-------------|
| | | Euro |
| | | Euro |
| | | Euro |
| | | Euro |
| | | Euro |
| | | Euro |
| | | Euro |
| | | Euro |
| | | Euro |
| | | Euro |
| | | Euro |
| | Summe | Euro |

| 2.) | (voraussichtliche) Einnahmen Bezeichnung | |
|-----|--|-------------|
| | | Euro |
| | | Euro |
| | | Euro |
| | | Euro |
| | | Euro |
| | | Euro |
| | | Euro |
| | | Euro |
| | Summe | Euro |

| | |
|--------------------------|-------------|
| 1. Gesamtausgaben: | Euro |
| 2. Gesamteinnahmen: | Euro |
| Ihr Förderbedarf: | Euro |

Datenverwendungserklärung

Wichtige Voraussetzung für die Umsetzung der Selbsthilfeförderung nach § 20 h SGB V ist die Transparenz der Förderung. Um dieses Ziel zu erreichen, sind der Informationsaustausch und eine gesicherte Datengrundlage zum Förderverfahren erforderlich. 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.

Damit die Verwendung der entsprechenden Informationen auf rechtlich abgesicherter Basis erfolgen kann, bitten wir Sie, uns hierzu nachfolgend Ihr entsprechendes Einverständnis zu erklären:

Einverständniserklärung zur Datenverwendung

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

- Dokumentation des Fördergeschehens für interne Zwecke der jeweiligen Krankenkassen und ihrer Verbände,
- 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 und Beratung der Versicherten und der interessierten Öffentlichkeit über die Art der Gruppe/Organisation, des betreffenden Krankheitsbildes, Name der Gruppe/Organisation sowie die für die Erreichbarkeit der Gruppe/Organisation erforderlichen Daten,
- Aufnahme in (E-Mail-)Adressverteiler für die Zusendung von Informationen zum Förderverfahren einschl. Anträgen (falls nicht gewünscht, bitte streichen; eine Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden).

Ort, Datum

1. Rechtsverbindliche Unterschrift Antragsteller/in (und ggf. Stempel)

Ort, Datum

2. Rechtsverbindliche Unterschrift Antragsteller/in (und ggf. Stempel)

Kontaktadressen für die Antragstellung

Grundsätzlich steht es jeder Selbsthilfegruppe frei, an welche Kasse sie die Anträge schickt. Die Projektanträge werden jedoch intern nach Postleitzahlen geordnet und an die zuständige Krankenkasse weitergeleitet.

Postleitzahlenbereich

zuständige Krankenkasse

| | | |
|----------------------|--|--|
| 0 bis 28217 | lokale Selbsthilfegruppen und Landesorganisationen | AOK Bremen/Bremerhaven Ansprechpartnerin für Bremen und Bremerhaven Astrid Gallinger Bürgermeister-Smidt-Str. 95, 28195 Bremen Telefon 0421-1761974 E-Mail: astrid.gallinger@hb.aok.de Internet: www.aok.de/bremen |
| 28218 - 28259 | lokale Selbsthilfegruppen | BARMER Landesgeschäftsstelle Niedersachsen/Bremen Ansprechpartnerin: Iris Sasse Goseriede 4 (Gebäude C) 30159 Hannover Telefon 0800-333004 654 412 E-Mail: iris.sasse@barmer.de Internet: www.barmer.de |
| 28260 – 28332 | lokale Selbsthilfegruppen | Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Bremen Ansprechpartnerin: Birgit Tillmann Martinistraße 34, 28195 Bremen Telefon 04 21 - 165 65-84 E-Mail: birgit.tillmann@vdek.com Internet: www.vdek.com |
| 28333 – 28779 | lokale Selbsthilfegruppen | hkk Krankenkasse Ansprechpartnerin: Petra Budde Martinistraße 26 28195 Bremen Telefon 04 21 - 36 55-13 01 E-Mail: petra.budde@hkk.de Internet: www.hkk.de |
| ab 28780 | lokale Selbsthilfegruppen | DAK - Gesundheit Regionalzentrum Bremen Ansprechpartner: Jacinto Salguero-Moronta Am Wall 128-134 28195 Bremen Telefon 04 21 - 42 70 85-0 E-Mail: jacinto.salguero-moronta@dak.de Internet: www.dak.de |
| ab 28218 | Landesorganisationen | Techniker Krankenkasse Landesvertretung Bremen Ansprechpartnerin: Olaf Brockmann Postfach 28 61 55 28361 Bremen Telefon 04 21 - 305 05-410 E-Mail: olaf.brockmann@tk.de Internet: www.tk.de/lv-bremen |

Auskunft und Beratung erteilen auch:

Netzwerk Selbsthilfe

Bremen/ Nordniedersachsen e. V.

Ansprechpartnerin:

Sabine Bütow

Faulenstr. 31, 28195 Bremen

Telefon 04 21 - 70 45 81

Telefax 04 21 - 70 74 72

E-Mail: info@netzwerk-selbsthilfe.com

Internet: www.netzwerk-selbsthilfe.com

**Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe behinderter
Menschen Bremen e. V. (LAGS)**

Ansprechpartner:

Dieter Stegmann

Waller Heerstr. 55, 28217 Bremen

Telefon 04 21 - 387 77-14

Telefax 04 21 - 387 77-99

E-Mail: info@lags-bremen.de

Internet: www.lags-bremen.de

Selbsthilfe Bremerhavener Topf e. V.

Ansprechpartner:

Guido Osterdorff

Georgstraße 79, 27570 Bremerhaven

Telefon 04 71 - 450 50

Telefax 04 71 - 483 46 72

E-Mail: info@bremerhavener-topf.eu

Internet: www.selbsthilfe-bremerhavener-topf.de

**Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
Landesverband Bremen e. V.**

Ansprechpartnerin:

Anke Teebken

Außer der Schleifmühle 55-61, 28203 Bremen

Telefon 04 21 - 791 99 -13

Telefax 04 21 - 791 99 -99

E-Mail: a.teebken@paritaet-bremen.de

Internet: www.paritaet-bremen.de