



Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfeförderung der GKV in Sachsen-Anhalt

Antragsformular für Selbsthilfekontaktstellen für das Förderjahr 2017

Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfe- förderung der GKV in Sachsen-Anhalt

Knappschaft
Bezirksleitung Halle
Postfach 20 04 54
06005 Halle

AOK Sachsen-Anhalt

BKK Landesverband Mitte

Knappschaft Bezirksleitung Halle

IKK gesund plus

Sozialversicherung der Landwirte, Forsten und
Gartenbau (SVLFG)

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

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.

Reichen Sie deshalb den Antrag mit den erforderlichen Anlagen nur vollständig ausgefüllt und unterschrieben ein. Änderungen im Antragsvordruck durch den Antragsteller sind nicht zulässig. Eine fehlende Mitwirkung kann zur Ablehnung Ihres Antrages führen.

Bitte beachten Sie, dass der Antrag bis **31. Dezember 2016** vorliegen muss.



Angaben zur Selbsthilfekontaktstelle und zum Träger

- (1) Name der Selbsthilfekontaktstelle:
- (2) Anschrift der Selbsthilfekontaktstelle:
- (3) Telefon: (4) Fax:
- (5) E-Mail: (6) Internet:
- (7) Ansprechpartner:
- (8) Trägerorganisation:
- (9) Anschrift des Trägers:
- (10) Telefon: (11) Fax:
- (12) E-Mail: (13) Internet:
- (14) Ansprechpartner:

Beantragte Förderung und Bankverbindung

(15) Die Selbsthilfekontaktstelle beantragt eine Förderung von _____ Euro.

(16) Kontoinhaber:

(17) IBAN: DE

(18) BIC:

Anlagen zum Antrag

- (19) Folgende Anlagen sind dem Antrag beigelegt:
- Haushaltsplan Gruppenverzeichnis
- Tätigkeitsbericht Strukturhebungsbogen
- weitere:

Geplante Verwendung der Fördermittel

Bitte geben Sie an, wie Sie die beantragte Förderung verwenden möchten. Tragen Sie hier ausschließlich den Anteil ein, der auf die Arbeitsgemeinschaft der Selbsthilfeförderung der GKV in Sachsen-Anhalt entfällt und nicht (wie etwa bei Personalkosten oder Miete) den Gesamtetat, der durch andere Zuschüsse ergänzt wird.

- | | | |
|------|--|------|
| (20) | <input type="checkbox"/> anteilige Personalkosten: | Euro |
| (21) | <input type="checkbox"/> Mietkosten der Geschäftsstelle: | Euro |
| (22) | <input type="checkbox"/> Mietkosten für externe Gruppenräume: | Euro |
| (23) | <input type="checkbox"/> Büromaterialien: | Euro |
| (24) | <input type="checkbox"/> Porto- und Fernmeldekosten (außer Internet): | Euro |
| (25) | <input type="checkbox"/> Pflege des Internetauftritts: | Euro |
| (26) | <input type="checkbox"/> Büroausstattung Technik und Mobiliar: | Euro |
| (27) | <input type="checkbox"/> Schulungsmaßnahmen und Weiterbildung des Personals: | Euro |
| (28) | <input type="checkbox"/> Schulungsangebote für die Selbsthilfegruppen: | Euro |
| (29) | <input type="checkbox"/> Selbsthilfeverzeichnis, Faltblätter, Informationsmaterialien: | Euro |
| (30) | <input type="checkbox"/> eigene Veranstaltungen: | Euro |
| (31) | <input type="checkbox"/> Mitgliedsbeiträge für Dachorganisationen: | Euro |
| (32) | <input type="checkbox"/> Fahrt- und Reisekosten: | Euro |
| (33) | <input type="checkbox"/> weitere Ausgaben: | Euro |
| (34) | Summe der Gesamtausgaben: | Euro |

Fördermittel der Gesetzlichen Pflegeversicherung nach § 45d SGB XI

- (35) Wurden bei der Gesetzlichen Pflegeversicherung Mittel beantragt? Ja Nein
- (36) Falls Ja: Für welche Aktivitäten soll diese Förderung verwendet werden?

Voraussichtliche Einnahmen

Bitte geben Sie an, welche zusätzlichen Einnahmen der Selbsthilfekontaktstelle voraussichtlich zur Verfügung stehen werden oder beantragt sind. Sie können mehrere Punkte angeben oder Positionen überspringen.

- | | | | |
|------|--------------------------|---|------|
| (37) | <input type="checkbox"/> | Keine weiteren Einnahmen | |
| (38) | <input type="checkbox"/> | Kommunale Mittel (Stadt, Gemeinde oder Landkreis) | Euro |
| (39) | <input type="checkbox"/> | Rentenversicherung | Euro |
| (40) | <input type="checkbox"/> | Unfallversicherung oder Berufsgenossenschaften | Euro |
| (41) | <input type="checkbox"/> | Spenden oder Sponsorengelder (auch Pharmaindustrie) | Euro |
| (42) | <input type="checkbox"/> | Mittel des Landes Sachsen-Anhalt | Euro |
| (43) | <input type="checkbox"/> | Fördermittel nach § 45d SGB XI (siehe Frage 37) | Euro |
| (44) | <input type="checkbox"/> | Betriebsmittel | Euro |
| (45) | <input type="checkbox"/> | Sonstige Zuschüsse: | Euro |

Mit der Unterschrift bestätigen die Antragsteller, dass alle Angaben wahrheitsgemäß erfolgt sind. Weiterhin wird die Einwilligung zur Erfassung der Daten zur Abwicklung des Förderverfahrens erteilt. Die Antragsteller verpflichten sich, die Vorgaben des Leitfadens Selbsthilfeförderung sowie die Allgemeinen Nebenbestimmungen zu befolgen. Den Antragstellern ist bekannt, dass die Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfeförderung der GKV in Sachsen-Anhalt bei Verstößen die Förderung ganz oder teilweise zurückfordern kann.

Die Antragsteller bestätigen weiterhin, dass die Antragstellung bei der Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfeförderung zur Sicherung der selbsthilfebezogenen Arbeit notwendig ist und die beantragte Summe nicht aus anderen Titeln, wie etwa laufende Einnahmen, Rückstellungen, Rücklagen oder sonstigen Eigenmitteln oder Zuwendungen, bereit gestellt werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller: