

## Kassenindividuelle Selbsthilfeförderung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland

### Antragsunterlagen Projektförderung 2021

#### Kontaktadresse:

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse  
Petra Sandmann-Gilles / Referat Gesundheitsförderung  
Virchowstr. 30, 67304 Eisenberg  
Telefon: 06351/403-399, E-Mail: Petra.Sandmann-Gilles@rps.aok.de

#### **Förderfähige Projekte bzw. Aufwendungen sind z. B.**

- Erstellung neuer Broschüren/Flyer und sonstiger Medien (Film, DVD etc.)
  - Durchführung von Gesundheits- und Selbsthilfetagen/  
Vortragsveranstaltungen/Fachtagungen/Messen
- Durchführung von Seminaren/Workshops zu bestimmten Themen, wie z. B. Atemtraining, Qualifizierungsmaßnahmen für Seminarleitern/innen
- Projekte mit Partnern (Gemeinden, Schulen, Kitas, Gesundheitspartnern etc.)
  - Erstellung von Ausstellungsmaterialien für die Öffentlichkeitsarbeit
    - Digitalisierung von Medien
    - Aufbau einer Homepage
- Aufwendungen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Projekt stehen, wie Öffentlichkeitsarbeit, Einladungen, Raummiete, Sachkosten, Referentenhonorare, Übernachtungs- und Fahrtkosten

**Wichtig:** Aufgrund gesetzlicher Änderungen ab dem 01.01.2020 haben sich die Mittel der Pauschalförderung um 20 Prozent erhöht, in der Projektförderung stehen den einzelnen Krankenkassen damit entsprechend weniger Fördermittel zur Verfügung. Es wird empfohlen, die Möglichkeiten der Pauschalförderung unter Einhaltung der Antragsfristen auszuschöpfen

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.

Reichen Sie deshalb den Antrag mit den erforderlichen Anlagen (s. Seite 8) **nur vollständig ausgefüllt und unterschrieben im Original** ein (s. hierzu Seiten 7 u. 9). Änderungen im Antragsvordruck durch den Antragsteller\* sind nicht zulässig.

*(Bitte Zutreffendes ankreuzen)*

**Erstantrag\*\***

**Folgeantrag\*\*\***

\* Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird der Einfachheit halber nur die männliche Form verwendet. Die weibliche Form ist selbstverständlich immer mit eingeschlossen.

\*\* Bei der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland wurde bisher noch nie ein Antrag auf Projektförderung gestellt.

\*\*\* Bei der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland wurde in den Vorjahren bereits ein Antrag auf Projektförderung gestellt.

### 1.1 Kontaktdaten

Sitz der Selbsthilfeeinrichtung (SHE) bzw. Bundesland  Rheinland-Pfalz  Saarland

Ist die Selbsthilfeeinrichtung bundeslandübergreifend tätig?  ja  nein

Falls ja, in folgenden Bundesländern:

Name der Selbsthilfeeinrichtung:

Kontaktadresse für den Schriftverkehr (Name, Vorname; ggf. Einrichtung):

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

E-Mail:

### 1.2 Ansprechpartner (für Schriftverkehr und eventuelle Rückfragen)

Name:

Funktion:

Kontaktdaten, nur falls von 1.1 abweichend:

Straße

PLZ/Ort:

Telefon:

Mobil:

E-Mail:

### 1.3 Wie wird die SHE öffentlich bekannt gemacht?

Homepage:

Flyer

Broschüre

Sonstige:

E-Mail der SHE

Ansprechpartner

Funktion:

**1.4 Bankverbindung:**

Kontoinhaber:

Kreditinstitut:

IBAN:

**1.5 Angaben zur Selbsthilfeeinrichtung (SHE)**

Ist die Selbsthilfeeinrichtung Mitglied in einem Landesverband/Bundesverband?  ja  nein

Wenn ja, in welchem?

Mit welchem Krankheitsbild befasst sich die Selbsthilfeeinrichtung?

Gründungsjahr  Seltene Erkrankung  ja  nein

**Nur für Selbsthilfegruppen (SHG):**

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?

Treffpunkt der Selbsthilfegruppe vor Ort (mit Anschrift):

Wie finden Treffen zum Austausch statt?  vor Ort  digital  beides

**Nur für Selbsthilfeorganisationen (SHO)/Landesverbände:**

Erhebt Ihre SHO Mitgliedsbeiträge?  ja  nein

Erhält Ihre SHO Zuweisung von Mitgliedsbeiträgen durch Ihre Bundesorganisation?  ja  nein

Erhält Ihre SHO geldwerte Leistungen durch die Bundesorganisation?  ja  nein

Anzahl der Selbsthilfegruppen

**1.6 Angaben zur beantragten Projektförderung:**

Name des Projektes:

Projektbeteiligte/Kooperationspartner:

Laufzeit des Projektes (Datum / von ... bis ...):

Zielgruppe:

Anzahl der geplanten Teilnehmer:

Bitte beschreiben Sie kurz das Ziel und den Zweck des geplanten Projektes und wofür der Zuschuss verwendet werden soll:

**Achtung:** Die Aufwendungen dürfen nicht mehrfach beantragt werden, z. B. in der Projekt- und der Pauschalförderung. Eine Doppelförderung muss vermieden werden.

**Bitte bestätigen Sie hiermit, dass dieser Grundsatz von Ihrer Selbsthilfeeinrichtung eingehalten wird:**

**Wir erklären, dass für das beantragte Projekt keine Zuschüsse im Rahmen der Pauschalförderung beantragt werden/beantragt worden sind.**

Wurde bei der GKV-Gemeinschaftsförderung ein Antrag auf Pauschalförderung für das laufende Förderjahr gestellt?

ja                       nein

**1.7 Geplante Ausgaben für das Projekt**

<b>Ausgaben für das Projekt lt. Finanzierungsplan</b>	
Raummiete	EUR
Honorar für Referenten	EUR
Übernachungskosten	EUR
Verpflegung	EUR
Gebühren (z. B. für Seminare, Messestand ...)	EUR
Fahrt-/Reisekosten	EUR
Materialkosten (bitte nennen): _____	EUR
Größere Anschaffungen für das Projekt (bitte nennen): _____	EUR
<b>Öffentlichkeitsarbeit</b>	
Broschüre, sonstige Medien:	EUR
Einladungen (Papier, Porto, Telefon)	EUR
Flyer	EUR
Handzettel	EUR
Neueinrichtung einer Homepage für die Selbsthilfegruppe	EUR
<b>Sonstige Kosten:</b>	
	EUR
	EUR
	EUR
<b>Summe der Gesamtausgaben</b>	<b>EUR</b>

Mit dem Projektantrag sind die gesamten geplanten Einnahmen und die geplanten Ausgaben für das Projekt vorzulegen (s. Leitfaden zur Selbsthilfeförderung B.8.1).

**1.8 Geplante Einnahmen für das Projekt**

<b>Einnahmen für das Projekt lt. Finanzierungsplan</b>	
<b>Eigene Mittel (Rücklagen, Verkauf von Produkten etc.)</b>	EUR
<b>Teilnehmerbeiträge</b>	EUR
<b>Öffentliche Hand</b>	
Landesmittel, Bundesmittel	EUR
Kommunale Mittel	EUR
<b>Zuschüsse anderer Gesetzlicher Krankenversicherungen (nur Projektförderung)</b>	
BARMER	EUR
BKK	EUR
DAK	EUR
HEK	EUR
HKK	EUR
IKK	EUR
KKH	EUR
Knappschaft	EUR
SVLFG	EUR
TK	EUR
<b>Zuschüsse sonstiger Sozialversicherungsträger</b>	
Pflegeversicherung nach § 45 d i.V. m. § 45 c SGB XI	EUR
Rentenversicherung	EUR
Unfallversicherung	EUR
<b>Sonstige Einnahmen</b>	
Sponsoring (z. B. Pharmaunternehmen, Medizinprodukte-Hersteller)	EUR
Erhaltene Leistungen Dritter (geldwerte Dienstleistungen)	EUR
Spenden oder Zuwendungen von Stiftungen	EUR
Weitere Einnahmen (z. B. aus Lotterien/Bußgeldern)	EUR
<b>Summe der Gesamteinnahmen</b>	<b>EUR</b>

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

<b>Höhe der beantragten Fördermittel bei der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland</b>	<b>EUR</b>
---	------------

**1.9 Abschließende Erklärung**

Der Antragsteller erklärt, dass

- die Angaben im Antrag richtig und vollständig sind,
- er über eine ordnungsgemäße Geschäfts- und Buchführung und eine entsprechende Verwaltung verfügt,
- die Grundsätze zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit eingehalten werden,
- die im aktuellen GKV-Leitfaden (B.5.3 a und b) genannten Fördervoraussetzungen zur Kontoführung eingehalten werden,
- die Bestimmungen der Datenschutzgesetze und der EU-Datenschutzgrundverordnung beachtet werden,
- für digitale Angebote und Anwendungen die geltenden Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit gewährleistet werden (gemäß Selbsthilfe-Leitfaden B.5.1 – B.5.4),

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

→

Unterschrift – 1. Vertretungsbefugter

→

Unterschrift – 2. Vertretungsbefugter

## 1.10 Anlagen

### **Erstantrag**

(Erstmalige Beantragung von Projektfördermitteln bei der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland)

Folgende Anlagen sind diesem Antrag beigefügt (bitte ankreuzen):	
<input type="checkbox"/>	Datenverwendungserklärung (Anlage 1), <b>zwingend erforderlich</b>
<input type="checkbox"/>	Information über öffentliche regelmäßige Bekanntgabe des Angebotes der Gruppe

### **Folgeantrag**

Folgende Anlagen sind diesem Antrag beigefügt (bitte ankreuzen):	
<input type="checkbox"/>	Datenverwendungserklärung (Anlage 1), <b>zwingend erforderlich</b>
<input type="checkbox"/>	Verwendungsnachweis des Vorjahres
	<input type="checkbox"/> Verwendungsnachweis des Vorjahres wurde bereits eingereicht

## 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 Selbsthilfematerialien.

Wir willigen in diese o.g. Datenverwendung ein:

Ort, Datum

 

Unterschrift

## Nachweis über die Mittelverwendung gemäß § 20 h SGB V

(Anlage 2)

Sitz der Selbsthilfeeinrichtung bzw. Bundesland	<input type="checkbox"/> Rheinland-Pfalz	<input type="checkbox"/> Saarland
Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift der Selbsthilfeeinrichtung):		
Name/Ansprechpartner bei eventuellen Rückfragen:	Telefon:	

### Bewilligungsschreiben

vom:  Geschäftszeichen:  Betrag:  €

### Verwendungszweck (Projekt):

Der Empfänger der Fördermittel bestätigt, dass

- die Mitteilungspflichten gem. Leitfaden Selbsthilfeförderung erfüllt sind,
- die Fördermittel wirtschaftlich, sparsam und zweckgebunden verwendet wurden,
- die Fördermittel ausschließlich für satzungsgemäße, gesundheitsbezogene Selbsthilfeaufgaben der Selbsthilfeeinrichtung verwendet wurden.

### Folgende Anlagen sind zusammen mit diesem Verwendungsnachweis vorzulegen:

- Tätigkeitsbericht bzw. kurzer Sachbericht zum Verlauf des Projektes inkl. Zweck- und Zielerreichung
- Zahlenmäßiger Nachweis der **Einnahmen und Ausgaben** im Rahmen des Projektes (analog Finanzierungsplan) inkl. Belegliste (s. Anlage 2a)
- Belegexemplar bei Förderung von Medien/Druckerzeugnissen
- Kopien von Veröffentlichungen (z. B. Presseartikel u. ä.)

Zurück an:

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland  
Die Gesundheitskasse  
Referat Gesundheitsförderung  
Virchowstraße 30  
67304 Eisenberg

Ort, Datum

Name, Vorname in Druckbuchstaben 1. Vertretungsbefugter

Name, Vorname in Druckbuchstaben 2. Vertretungsbefugter



Unterschrift 1. Vertretungsbefugter



Unterschrift 2. Vertretungsbefugter

**Abgabefrist: unaufgefordert an obige Adresse direkt nach Durchführung des Projektes, spätestens bis 31. Dezember des Förderjahres!**

