

Kassenartenübergreifende Pauschalförderung Rheinland-Pfalz

Antragsformular 2021

örtliche/regionale Selbsthilfegruppen

Vereinfachtes Antragsverfahren Pauschalförderung bis max. 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 haben sich die Mittel der Pauschalförderung um 20 Prozent erhöht, in der Projektförderung stehen den einzelnen Krankenkassen seitdem entsprechend weniger Mittel zur Verfügung.

Vergleichen Sie dazu bitte den Sonder-Info-Brief zum Antragsverfahren 2021 (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 6) **nur vollständig ausgefüllt und unterschrieben im Original ein** (s. hierzu Seiten 5 und 7). Änderungen im Antragsvordruck durch den Antragsteller sind nicht zulässig.

Antragsfrist: 28. Februar 2021

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 ehrenamtlich geleitet durch Betroffene und/oder Angehörige geleitet

Wird die Gruppe professionell geleitet (von einer professionellen Fachkraft angeleitet) ja nein

wenn ja: Erfolgt die Leitung im Rahmen einer beruflichen Tätigkeit? ja nein

Die Gruppe steht ausschließlich unter professioneller Leitung und wird nicht ehrenamtlich geführt ja nein

Erläuterung dazu: [Redacted]

Wurde oder wird für das aktuelle Kalenderjahr ein Antrag auf Selbsthilfeförderung betreffend **Pflegebedürftige/Pflegende Angehörige** nach SGB XI gestellt? ja nein

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

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

1.5. Angaben zur beantragten pauschalen Förderung:

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.). Sofern Rücklagen/finanzielle Reserven bestehen und diese von Ihnen nicht zur Deckung der Ausgaben verwendet werden, ist dies zu begründen.

A) Aufwendungen für die alltäglichen und regelmäßig wiederkehrenden Aufgaben, z. B.

Raumkosten/Miete, Geschäftsbedarf/Verwaltungskosten, Anschaffung von Mobiliar, technischen Geräten und Ausstellungsbedarf, Kosten für regelmäßig erscheinende Medien, Pflege der Homepage, Mitgliedsbeiträge an Selbsthilfeorganisationen

A) beantragte Fördermittel: max. 600,- EUR	<input type="text"/> EUR
---	--------------------------

B) Förderfähige Maßnahmen und *regelmäßig stattfindende Aktivitäten und Angebote*, die einen engen Bezug zu selbsthilfebezogenen Aufgaben haben, z. B.

Mitglieder-/Delegiertenversammlungen, überregionale Gremiensitzungen, Teilnahme/Mitwirkung an Gesundheits-/Selbsthilfetagen/Selbsthilfemeile und Ähnlichem, Tagungs-, Kongress- und Messebesuche, regelmäßig stattfindende Aktivitäten und Angebote, die einen engen Bezug zu selbsthilfebezogenen Aufgaben haben, z. B. Vortragsveranstaltungen, Angehörigentreffen

B) beantragte Fördermittel: max. 400,- EUR	<input type="text"/> EUR
---	--------------------------

C) Gesamthöhe der beantragten Fördermittel, entsprechend Summe aus A) und B)

C) Höhe der insgesamt beantragten Fördermittel: max. 1.000,- EUR	<input type="text"/> EUR
---	--------------------------

Zur Beachtung: Die Aufwendungen dürfen nicht mehrfach beantragt werden, z. B. in der Pauschal- und der Projektförderung. Eine Doppelförderung muss vermieden werden.

Mit Abgabe dieses Antrags wird bestätigt, dass dieser Grundsatz vom Antragsteller eingehalten wird und dass für die unter B) benannten Aufwendungen keine Zuschüsse im Rahmen der Projektförderung bei den gesetzlichen Krankenkassen beantragt werden/beantragt worden sind.

1.6. Abschließende Erklärung

Der Antragsteller erklärt, dass
<ul style="list-style-type: none"> die Angaben im Antrag richtig und vollständig sind,
<ul style="list-style-type: none"> er über eine ordnungsgemäße Geschäfts- und Buchführung und eine entsprechende Verwaltung verfügt,
<ul style="list-style-type: none"> die Grundsätze zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit eingehalten werden,
<ul style="list-style-type: none"> die im aktuellen GKV-Leitfaden (A.5.3 a und b) genannten Fördervoraussetzungen zur Kontoführung eingehalten werden,
<ul style="list-style-type: none"> die Bestimmungen der Datenschutzgesetze und der EU-Datenschutz-Grundverordnung beachtet werden,
<ul style="list-style-type: none"> für digitale Angebote und Anwendungen die geltenden Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit gewährleistet werden (gemäß Selbsthilfe-Leitfaden A.5.1 – A.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

Stempel bzw. Name der Gruppe



Unterschrift – 1. Vertretungsbefugter



Unterschrift – 2. Vertretungsbefugter

1.7. 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), zwingend erforderlich
<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*
	Selbstdarstellung: Infomaterial Ihrer Gruppe, z. B.
<input type="checkbox"/>	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"/>	Datenverwendungserklärung / Anlage 1, zwingend erforderlich
<input type="checkbox"/>	Verwendungsnachweis des Vorjahres <input type="checkbox"/> Formular „Mittelverwendungsnachweis 2020“ wurde bereits abgegeben
<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"/>	
<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 Selbsthilfeeinformationen.

Wir willigen in diese o.g. Datenverwendung ein:

Ort, Datum

Unterschrift

Nachweis über die Mittelverwendung gemäß § 20h SGB V (Anlage 2)

Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift der Selbsthilfegruppe):

[Redacted area for recipient name and address]

Ansprechpartner/-in bei eventuellen Rückfragen:

Telefon:

[Redacted area for contact name]

[Redacted area for telephone number]

Bewilligungsschreiben vom:

Geschäftszeichen:

Betrag:

[Redacted area for date]

[Redacted area for business number]

[Redacted area for amount]

€

Verwendungszweck:

[Redacted area for purpose of use]

Der Empfänger der Fördermittel bestätigt, dass

- die Mitteilungspflichten gem. Leitfaden Selbsthilfeförderung erfüllt sind,
- die Fördermittel wirtschaftlich, sparsam und zweckgebunden verwendet wurden,
- Gegenstände, deren Anschaffungswert 800,- Euro (ohne Mehrwertsteuer) übersteigt, inventarisiert sind,
- die Fördermittel ausschließlich für satzungsgemäße gesundheitsbezogene Selbsthilfeaufgaben der Selbsthilfegruppe verwendet wurden.

1. Vertretungsbefugter

Ort, Datum

Name in Druckbuchstaben

rechtsverbindliche Unterschrift

[Redacted area for location and date]

[Redacted area for name]

→ [Redacted area for signature]

2. Vertretungsbefugter

Ort, Datum

Name in Druckbuchstaben

rechtsverbindliche Unterschrift

[Redacted area for location and date]

[Redacted area for name]

→ [Redacted area for signature]

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 2021!

Kontaktadresse für die Antragstellung (Anlage 3)

Anträge auf Pauschalförderung bitte nur bei folgendem Federführer abgeben:

Federführer im Jahr 2021

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse

Referat Gesundheitsförderung

Virchowstr. 30, 67304 Eisenberg

Telefon 0261 3904-240

E-Mail: gisela.stichler@rps.aok.de



Die kassenartenübergreifende 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

Hoewelstr. 19-23

56073 Koblenz

Telefon 0261 89 96-7102, Fax 0261 89 96-7195

E-Mail: kirsten.beck@ikk-sw.de

vdek Landesvertretung

Saarland

Angela Legrum

Heinrich-Böcking-Str. 6-8

66121 Saarbrücken

Telefon 0681 92671-17, Fax 0681 92671-28

E-Mail: angela.legrum@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

Petra Sandmann-Gilles

Virchowstr. 30

67304 Eisenberg

Telefon 06351 403-399

E-Mail: petra.sandmann-gilles@rps.aok.de