

# Kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung Rheinland-Pfalz

## Antragsunterlagen Pauschalförderung

### Selbsthilfeorganisationen auf Landesebene

Antragsfrist: 31. Januar 2019

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. Eine fehlende Mitwirkung kann zur Ablehnung Ihres Antrages führen.

Reichen Sie deshalb den Antrag **fristgerecht** mit den erforderlichen Anlagen (s. Seite 7) **nur** vollständig ausgefüllt **und** unterschrieben ein (s. hierzu Seiten 6, 9, 11 u. 13). Änderungen im Antragsvordruck durch den Antragsteller sind nicht zulässig.

*(Bitte Zutreffendes ankreuzen)*

**Erstantrag**

**Folgeantrag**

# 1. Antrag PAUSCHALFÖRDERUNG für das Förderjahr 2019

---

## 1.1. Kontaktdaten

Name des Antragstellers (der Selbsthilfeorganisation):

  

Anschrift bzw. Kontaktadresse für den Schriftverkehr:

  

Telefon:

E-Mail:

Fax:

Internet:

## 1.2. Bankverbindung:

Kontoinhaber:

Kreditinstitut:

IBAN\*:

BIC\*:

## 1.3. Ansprechpartner/-in für Rückfragen zum Antrag:

Vorname, Name:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

\*Im Zuge der Einführung des SEPA-Zahlungsverkehrs nennen Sie bitte ab sofort Ihre IBAN/BIC anstelle der veralteten Kontonummer/BLZ.

# 1. Antrag PAUSCHALFÖRDERUNG für das Förderjahr 2019

## 1.4. Ausgaben

Gesamtausgaben lt. Haushaltsplan	Haushaltsjahr 2019
<b>Personalausgaben</b>	
Löhne/Gehälter	EUR
Sozialabgaben, Beiträge zu Berufsgenossenschaften etc.	EUR
<b>Sachausgaben</b>	
<b>Raumkosten/Miete inkl. Betriebskosten</b>	
für Landesgeschäftsstelle	EUR
für andere Räumlichkeiten (bitte erläutern) _____	EUR
<b>Geschäftsbedarf</b>	
Büroausstattung/Büromaterial	EUR
Fachliteratur	EUR
Fernmeldegebühren (Telefon, Fax, Internet)	EUR
Porto	EUR
<b>Ersatz/Anschaffung von Mobiliar und technischen Geräten</b>	
<input type="checkbox"/> Beamer <input type="checkbox"/> Drucker <input type="checkbox"/> Laptop <input type="checkbox"/> Multifunktionsgerät <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> Software <input type="checkbox"/> Leinwand, Stellwand, Multiplanwand <input type="checkbox"/> Rollbanner <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	EUR
<b>Fahrt-/Reisekosten (Gremiensitzungen)</b>	EUR
<b>Öffentlichkeitsarbeit</b>	
Regelmäßig erscheinende Medien	EUR
Pflege Homepage/Internet	EUR
<b>Mitgliedsbeiträge für Selbsthilfe-Dachorganisationen</b>	EUR
<b>Ausgaben für geplante Projekte</b>	EUR
<b>Weitere Ausgabenpositionen*:</b>	
	EUR
	EUR
	EUR
<b>Summe der Gesamtausgaben</b>	<b>EUR</b>

\*Rückstellungen bitte gesondert erläutern.

# 1. Antrag PAUSCHALFÖRDERUNG für das Förderjahr 2019

## 1.5. Einnahmen

Gesamteinnahmen lt. Haushaltsplan	Haushaltsjahr 2019
<b>Eigene Mittel</b>	
Mitgliedsbeiträge	EUR
Entnahme aus Rücklagen*	EUR
Einnahmen von Dachverbänden	EUR
Einnahmen aus Zweckbetrieb (z.B. aus Verkauf von Produkten)	EUR
Sonstige Einnahmen (Zinsen, Erbschaften, Fördervereine etc.)	EUR
<b>Summe Eigene Mittel</b>	<b>EUR</b>
<b>Fremde Mittel</b>	
<b>Öffentliche Hand</b> (institutionell/pauschal und Projektförderung)	
Landesmittel, Bundesmittel	EUR
Kommunale Mittel	EUR
<b>Zuschüsse der Gesetzlichen Krankenversicherung (nur Projektförderung)</b>	EUR
<b>Zuschüsse sonstiger Sozialversicherungsträger</b> (institutionell/pauschal und Projektförderung)	
Pflegeversicherung	EUR
Rentenversicherung	EUR
Unfallversicherung	EUR
<b>Sonstige Einnahmen</b>	
Sponsoring (z.B. Pharmaunternehmen, Medizinprodukte-Hersteller)	EUR
Erhaltene Leistungen Dritter (geldwerte Dienstleistungen)	EUR
Spenden	EUR
Zuwendungen von Stiftungen	EUR
Weitere Einnahmen (z.B. aus Lotterien/Bußgeldern)	EUR
<b>Summe Fremde Mittel</b>	<b>EUR</b>
<b>Summe der Gesamteinnahmen</b>	<b>EUR</b>

Sind außergewöhnliche Veränderungen für das Antragsjahr 2019 zu erwarten, z.B. Einnahmen (Erbschaften o.a.) oder Einnahmeausfälle?

Ja  (Wenn ja, bitte erläutern) \_\_\_\_\_

Nein  \_\_\_\_\_

\*Sofern Rücklagen bestehen und diese im Antrag nicht als Eigenmittel ausgewiesen werden, ist dies zu begründen. Bei Selbsthilfeorganisationen, die neben den Aufgaben der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe soziale Dienstleistungen erbringen und aus diesen Betätigungen über freie Rücklagen verfügen, reicht bei der Antragstellung der Hinweis, dass diese Rücklagen aufgrund der Komplexität und des Umfangs dieser Aufgaben nicht für die Finanzierung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe eingebracht werden können.

# 1. Antrag PAUSCHALFÖRDERUNG für das Förderjahr 2019

## 1.6. Angaben zur beantragten pauschalen Förderung:

<b>Welche wiederkehrenden Aufgaben werden auf Landesebene in diesem Förderjahr wahrgenommen? Welche gesundheitsbezogenen Arbeitsschwerpunkte und Maßnahmen sollen mit den beantragten pauschalen Fördermitteln realisiert werden?</b> <small>(Alternativ als Anlage auf einem separaten Blatt ausführen)</small>

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

<b>Höhe der beantragten Fördermittel*</b>	<b>EUR</b> _____
---	------------------

\* Erforderliche Fördermittel unter Berücksichtigung aller eigenen Mittel und Einnahmen, die mit dem Förderzweck zusammenhängen (insbesondere Zuwendungen, Leistungen Dritter, Einnahmen aus Sponsoring etc.). Sofern Rücklagen bestehen und diese im Antrag nicht zur Deckung der Ausgaben verwendet werden, ist dies vom Antragsteller zu begründen.

# 1. Antrag PAUSCHALFÖRDERUNG für das Förderjahr 2019

## 1.7. 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>

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 lt. Satzung

Name, Vorname in Druckbuchstaben

### 2. Vertretungsbefugter lt. Satzung

Ort, Datum

Name, Vorname in Druckbuchstaben

Stempel

Unterschrift – 1. Vertretungsbefugter

Unterschrift – 2. Vertretungsbefugter

# 1. Antrag PAUSCHALFÖRDERUNG für das Förderjahr 2019

## 1.8. Anlagen

Folgende Anlagen sind diesem Antrag beigelegt (bitte ankreuzen):		
	liegt bereits vor	ist beigelegt
1) Strukturhebungsbogen (Anlage 1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Datenverwendungserklärung (Anlage 3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Erklärung zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit (Anlage 4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vom Antragsteller sind <u>zusätzlich</u> beigelegen:		
	liegt bereits vor	ist beigelegt
4) Aktuelle Satzung*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Aktueller Körperschaftssteuer-Freistellungsbescheid des Finanzamtes*	gültig bis _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Mitteilung über die <u>letzte</u> Entlastung des Vorstandes durch die Mitglieder- bzw. Delegiertenversammlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Verwendungsnachweis Vorjahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Haushaltsplan (geplante Einnahmen und Ausgaben) für das Antragsjahr, ggf. als Entwurf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Erläuterungen zu Rücklagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) <u>Letzte genehmigte</u> Jahresabschluss-Rechnung (bzw. Bilanz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*Unterlagen sind nur beim Erstantrag oder bei Änderungen gegenüber dem Vorjahresantrag einzureichen.

## 2. Strukturhebungsbogen für Selbsthilfeorganisationen

(Anlage 1)

Stand der nachstehenden Angaben:  (Datum)

Name des Landesverbandes:	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
Anschrift:	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
Vorsitzende(r)/Präsident(in):	<input type="text"/>
ggf. Geschäftsführer(in):	<input type="text"/>
Telefon: <input type="text"/>	Telefax: <input type="text"/>
E-Mail: <input type="text"/>	Internet: <input type="text"/>

- (1) a) Gründungsjahr des Landesverbandes:
- b) Jahr der Eintragung in das Vereinsregister:
- c) Falls noch kein e.V., wann ist die Eintragung vorgesehen?
- d) Gründe für die Nichteintragung in das Vereinsregister:
- 

- (2) a) Gesamtzahl der Einzelmitglieder:
- b) Anzahl der zugehörigen örtlichen Selbsthilfegruppen im Land:

- (3) a) Erhebt Ihr Landesverband Mitgliedsbeiträge?  Ja  Nein
- b) Wenn ja, Höhe des Mitgliedsbeitrages:  €

- (4) In welchen übergeordneten Organisationen ist Ihr Landesverband Mitglied?
- Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe e.V. (LAG SELBSTHILFE)
- Landesverband des PARITÄTISCHEN e.V. (DPWV)
- Andere Wohlfahrts-/Sozialverbände:
- Sonstige (z.B. Fachgesellschaften):
-



(5) Anzahl der hauptberuflichen Stellen im Landesverband:

- keine     unter 1     1 bis 2     3 bis 5     6 bis 10     mehr als 10

(6) a) Name der Erkrankung/Behinderung:

[Empty text box for name of disease/disability]

b) Zuordnung der Erkrankung zum Krankheitsverzeichnis nach § 20h SGB V (Krankheitsobergruppen):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Krankheiten des Kreislaufsystems  | <input type="checkbox"/> Hirnbeschädigungen   |
| <input type="checkbox"/> Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, der Gelenke, der Muskeln und des Bindegewebes | <input type="checkbox"/> Endokrine Ernährungs- und Stoffwechsel-Krankheiten               |
| <input type="checkbox"/> Bösartige Neubildungen, Tumorerkrankungen   | <input type="checkbox"/> Krankheiten des Blutes, des Immunsystems/ Immundefekte           |
| <input type="checkbox"/> Allergische und asthmatische Erkrankungen, Krankheiten des Atmungssystems             | <input type="checkbox"/> Krankheiten der Sinnesorgane, Hör-, Seh- und Sprachbehinderungen |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Verdauungsorgane und des Urogenitaltraktes                           | <input type="checkbox"/> Infektiöse Krankheiten   |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen   | <input type="checkbox"/> Psychische und Verhaltensstörungen, Psychische Erkrankungen      |
| <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen, chronische Krankheiten des Hautanhanggebildes und der Unterhaut     | <input type="checkbox"/> Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien  |
| <input type="checkbox"/> Suchterkrankungen   | <input type="checkbox"/> Chronische Schmerzen   |
| <input type="checkbox"/> Krankheiten des Nervensystems   | <input type="checkbox"/> Organtransplantationen   |

c) Kurzbeschreibung der Erkrankung / Behinderung (ggf. Flyer/Selbstdarstellung beifügen):

[Empty text box for description of disease/disability]

d) Angaben zur Verbreitung der Erkrankung / Behinderung (soweit bekannt):

[Empty text box for distribution of disease/disability]

(7) Selbstdarstellung des Landesverbandes:

- Broschüre, Faltblatt, Newsletter, Mitgliederzeitschrift, Homepage (Ausdruck) o.ä. zur Selbstdarstellung des Landesverbandes, der Ziele und Arbeitsschwerpunkte ist /sind beigelegt.

(8) Hat sich Ihr Landesverband eigene Leitsätze zur Wahrung der Neutralität und Unabhängigkeit im Umgang mit im Wettbewerb stehenden Wirtschaftsverbänden/-unternehmen gegeben?

- Ja     Nein

[Empty text box for location and date]

Ort, Datum

[Empty text box for signature and stamp, with a red arrow pointing to the right]

rechtsverbindliche Unterschrift (und ggf. Stempel)

### 3. Angaben zu Rücklagen

(Anlage 2)

#### Name und Anschrift

Name des Ansprechpartners:

Telefon:

E-Mail:

### GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe Rheinland-Pfalz – Nachweis von Rücklagen –

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/Eigenkapital 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 Blatt 1.6. sowie auf dem Einnahmenblatt 1.5. die Position „Entnahme aus Rücklagen“ sowie die dazugehörige Fußnote. Vielen Dank.

Rücklagen zum 31.12.201__		Betrag/Summe
<b>Zweckgebundene Rücklagen:</b>		
1. Rücklagen, die (dem steuerbegünstigten) satzungsgemäßen Zweck dienen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	_____ <b>EUR</b>
2. Betriebsmittelrücklagen für wiederkehrende Ausgaben	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	_____ <b>EUR</b>
3. Rücklagen für die Pflege des Vereinsvermögens	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	_____ <b>EUR</b>
<b>Nicht zweckgebundene Rücklagen:</b>		
4. Freie Rücklagen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	_____ <b>EUR</b>
<b>Rücklagen aus Zweckbetrieb:</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	_____ <b>EUR</b>

## 4. Datenverwendungserklärung

---

(Anlage 3)

### 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 Selbsthilfeeinrichtungen.

Wir willigen in diese o.g. Datenverwendung ein:

Ort, Datum

Unterschrift

## 5. Erklärung zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit

(Anlage 4)

### **Erklärung zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe zum Umgang mit Wirtschaftsunternehmen bei gleichzeitiger Förderung durch die Krankenkassen und/oder ihre Verbände nach § 20h SGB V**

#### **Präambel**

Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen richten ihre fachliche und politische Arbeit an den Bedürfnissen und der Interessen von behinderten und chronisch kranken Menschen und deren Angehörigen aus. Sie fördern die Selbstbestimmung behinderter und chronisch kranker Menschen.

Der Umgang mit Wirtschaftsunternehmen darf die Unabhängigkeit der Selbsthilfe nicht einschränken und muss transparent sein. Damit die Neutralität und Unabhängigkeit der Selbsthilfe auch künftig gewahrt wird, haben die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Selbsthilfe bereits seit längerer Zeit eigene ausführliche Leitsätze veröffentlicht. Diese stehen allen Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen zur Verfügung. Darüber hinaus beraten die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Selbsthilfe die Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen über die Zielsetzung und den Regelungsgehalt dieser Leitsätze in der Praxis.

Mit der nachfolgenden Erklärung verpflichtet sich der Antragsteller zur Wahrung seiner Neutralität und Unabhängigkeit. Diese Erklärung wurde einvernehmlich mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Selbsthilfe und den Spitzenverbänden der Krankenkassen erarbeitet und gilt seit dem Förderjahr 2007. Sie basiert auf den bereits existierenden Leitsätzen der organisierten Selbsthilfe.

#### **Erklärung**

##### **I. Autonomie der Selbsthilfe**

Die Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen können finanzielle Zuwendungen von Personen des privaten und öffentlichen Rechts, von Organisationen und von Wirtschaftsunternehmen entgegennehmen, sofern dadurch keine Abhängigkeit begründet wird. Dazu ist Voraussetzung, dass keine überwiegende Finanzierung der Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen durch Wirtschaftsunternehmen erfolgt (z.B. Pharma-, Medizinprodukte-Industrie, Hilfsmittelhersteller). In allen Bereichen der Zusammenarbeit mit Wirtschaftsunternehmen muss die Autonomie über die Inhalte ihrer Arbeit, deren Umsetzung sowie die Verwendung der Mittel bei der Selbsthilfe verbleiben.

## II. Datenschutz

Sollten Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen personenbezogene Daten weitergeben, werden die Bestimmungen des Datenschutzes eingehalten.

## III. Information

Sofern Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen Wirtschaftsunternehmen Kommunikationsrechte wie z.B. das Recht auf die Verwendung des Vereinsnamens oder des Logos in Publikationen, Produktinformationen, Internet, Werbung oder bei Veranstaltungen gewähren, sind hierüber schriftliche Vereinbarungen zu treffen. Sie sind auf Aufforderung zu veröffentlichen. Ausgeschlossen ist die unmittelbare oder mittelbare Bewerbung von Produkten, Produktgruppen oder Dienstleistungen zur Diagnose und Therapie von chronischen Erkrankungen oder Behinderungen.

## V. Veranstaltungen

Die Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen tragen dafür Sorge, dass bei von ihnen organisierten und durchgeführten Veranstaltungen stets die Neutralität und Unabhängigkeit gewahrt bleiben. Dieser Anspruch gilt auch für organisatorische Fragen. Die Auswahl des Tagungsortes, der Rahmen, der Ablauf und die Inhalte der Veranstaltung werden von der Selbsthilfe bestimmt. Reisekosten sollen sich grundsätzlich an Bundes- bzw. den Landesreisekostengesetzen orientieren. Sofern Honorare gezahlt werden, sind diese maßvoll zu bemessen. Daten von Teilnehmern an Veranstaltungen werden nicht an Wirtschaftsunternehmen weitergegeben.

Ort, Datum

Unterschrift

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

(Anlage 5)

Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift der Selbsthilfeorganisation):	
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 des Landesverbandes verwendet wurden.

### Bitte folgende Nachweise beifügen:

- Jahres- oder Tätigkeitsbericht 2019 (ggf. als Entwurfsfassung)
- zahlenmäßiger Nachweis: gesamte Einnahmen und Ausgaben des Jahres 2019 in Form eines Jahresabschlusses (ggf. als Entwurfsfassung)
- Nachweis über die ordnungsgemäße Buchführung (letzter Bericht der Kassenprüfer oder eines Wirtschaftsprüfers)

#### 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 2019!**

## 7. Kontaktadresse für die Antragsstellung

(Anlage 6)

Anträge auf Pauschalförderung bitte nur bei folgendem Federführer abgeben:

### Federführer im Jahr 2019

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 kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung 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 579019-13, Fax 0261 579019-28  
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  
Essenheimer Str. 126  
55128 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