

# Kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung Rheinland-Pfalz

## Antragsunterlagen Gruppenneugründung

### örtliche/regionale Selbsthilfegruppen

2017

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 mit den erforderlichen Anlagen **nur** vollständig ausgefüllt **und** unterschrieben ein (s. hierzu Seiten 5 u. 6). Änderungen im Antragsvordruck durch den Antragsteller sind nicht zulässig.

# 1. Antrag GRUPPENEUGRÜNDUNG für das Förderjahr 2017

---

## 1.1. Kontaktdaten

Name des Antragstellers (der Selbsthilfegruppe):

  

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:

Name:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

# 1. Antrag GRUPPENEUGGRÜNDUNG für das Förderjahr 2017

---

## 1.4. Angaben zur Selbsthilfegruppe (SHG)

Treffpunkt der Selbsthilfegruppe (mit Anschrift):

[Redacted]

[Redacted]

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 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 angeleitet/moderiert?

Ja

Nein

Wenn ja, von wem?

Betroffene/r

Angehörige/r

Sonstige (z.B. Arzt, Therapeut )

[Redacted]

## 1. Antrag GRUPPENEUGRÜNDUNG für das Förderjahr 2017

---

### 1.5. Angaben zur beantragten pauschalen Förderung:

Bitte beschreiben Sie, wofür der pauschale Zuschuss verwendet werden soll:

Four horizontal grey bars intended for describing the use of the grant.

<b>Höhe der beantragten Fördermittel</b>	<b>300 EUR</b>
--	----------------

# 1. Antrag GRUPPENEUGRÜNDUNG für das Förderjahr 2017

## 1.6. 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>
<ul style="list-style-type: none"><li>• die im aktuellen GKV-Leitfaden (A.5.3 a und b) genannten Fördervoraussetzungen zur Kontoführung 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\*

Name, Vorname in Druckbuchstaben

### 2. Vertretungsbefugter\*

Ort, Datum

Name, Vorname in Druckbuchstaben

Stempel (ggf. auch von Selbsthilfekontaktstelle oder Landesverband):

Unterschrift – 1. Vertretungsbefugter\*

Unterschrift – 2. Vertretungsbefugter\*

\*Bei Gruppenneugründungen kann eine der Unterschriften auch von einer Selbsthilfekontaktstelle oder dem zuständigen Landesverband geleistet werden.

Sofern eine Vereinssatzung vorliegt, in der nur ein Vertretungsbefugter benannt wird, ist die Benennung/Unterschrift eines Vertretungsbefugten als ausreichend anzusehen.

## 2. 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 Bearbeitung Ihres Antrags innerhalb der GKV benötigen wir **zwingend** folgende Einverständniserklärung.

---

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

- 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 Selbsthilfegruppe 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 Selbsthilfegruppe sowie die für die Erreichbarkeit erforderlichen Daten.

Wir willigen in diese o.g. Datenverwendung ein:

Ort, Datum



Unterschrift

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

(Anlage 2)

Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift der Selbsthilfegruppe):	
[Redacted]	
Name/Ansprechpartner/-in bei eventuellen Rückfragen:	
[Redacted]	Telefon:
[Redacted]	[Redacted]

Bewilligungsschreiben

Geschäftszeichen:

Betrag:

vom:

[Redacted]

D 4.1.3

300,- €

Verwendungszweck:

Gruppenneugründung

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 Selbsthilfaufgaben der Selbsthilfegruppe verwendet wurden.

<u>Zurück an:</u>	
„GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe Rheinland-Pfalz“ c/o AOK Rheinland-Pfalz/Saarland Die Gesundheitskasse Referat Gesundheitsförderung Virchowstraße 30 67304 Eisenberg	[Redacted] Ort, Datum [Redacted] → rechtsverbindliche Unterschrift

**Abgabe bitte unaufgefordert an obige Adresse bis spätestens 31. Dezember 2017!**

## 4. Kontaktadresse für die Antragsstellung

(Anlage 3)

### Federführer im Jahr 2017

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse

Referat Gesundheitsförderung

Virchowstr. 30, 67304 Eisenberg

Telefon 0261 3904-240, Fax 06351 403-710

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

**Anträge auf Pauschalförderung bitte nur beim oben genannten Federführer abgeben.**

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

Wilhelm-Stöppler-Platz 2

56070 Koblenz

Telefon 0261 8081-22, Fax 0261 8081-84

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 06232 911-3240, Fax 06232 911-3494

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 0681 4002-1397

E-Mail: iris.neuhardt@kbs.de

#### **AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse**

Klaus Wilms

Virchowstr. 30

67304 Eisenberg

Telefon 06351 403-477, Fax 06351 403-710

E-Mail: klaus.wilms@rps.aok.de