Kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung

- Pauschalförderung -

nach § 20c SGB V

Antragsunterlagen für die Förderung der örtlichen/regionalen Selbsthilfegruppen im Land Bremen

Damit die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände über eine Förderung entscheiden können, ist Ihre Mitwirkung gesetzlich vorgeschrieben (vgl. § 60 SGB I). Die folgenden Angaben werden für die ordnungsgemäße Bearbeitung Ihres Antrages auf Förderung nach § 20c SGB V benötigt. Eine fehlende Mitwirkung kann zur Ablehnung Ihres Antrages führen.

Zu den Antragsunterlagen gehören die nachstehenden Anlagen:

Antrag:	Antragsformular für die Pauschalförderung, einschl. Strukturdaten und Erklärung	Seite 2-5
Anlage 1:	Haushaltsplanung/Kalkulation des Förderbedarfs (ab einer Antragssumme von 500,01 Euro mit erforderlich!)	Seite 6
Anlage 2:	Datenverwendungserklärung	Seite 7
Anlage 3:	Nachweis über die Verwendung der Fördermittel des Vorjahres (Voraussetzung für jede neue Förderung!)	Seite 8
Anlage 4:	Kontaktadressen für die Antragstellung	Seite 9-10

Für die Hauptvergabe muss der Antrag bis zum 15. Februar eines Jahres vorliegen. Anträge auf weitergehenden Bedarf und für Gruppen, die sich im Laufe eines Förderjahres neu gegründet haben, sind spätestens zum 15. September einzureichen.

Antrag auf pauschale Fördermittel für die örtlichen/regionalen Selbsthilfegruppen

für das Förderjahr _____

(1) Angaben zum/-r Antragsteller/-in:

Wurden Sie bereits als Selbsthilfegruppe von den Bremer Krankenkassen anerkannt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wann? (Jahr der erstmaligen Förderung)

Name der Selbsthilfegruppe:

Anschrift (bei eingetragenem Verein dessen Sitz):

Telefon:

E-Mail:

Ansprechpartner/-in / Gruppenleitung (mit Anschrift und Telefonnummer, wenn abweichend zu o.a. Angaben):

Treffpunkt der Selbsthilfegruppe (mit Anschrift und Telefonnummer, wenn abweichend zu o.a. Angaben):

(2) Angaben zur Selbsthilfegruppe (SHG):

Mit welchem Krankheitsbild befasst sich die SHG?

Seit wann besteht die SHG?

Wie viele Mitglieder hat die SHG?

Wie häufig finden Gruppentreffen statt?

Ist die SHG Mitglied in einem Bundes-, Landes- oder Regionalverband?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, in welchem?

(3) Angaben zur beantragten pauschalen Förderung:

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

voraussichtliche Ausgaben	Euro
voraussichtliche Einnahmen	Euro
Es wird hiermit eine pauschale Förderung beantragt in Höhe von:	Euro

Hinweis: Ab einer Antragssumme von 500,01 Euro muss zusätzlich die Anlage 1 ausgefüllt werden.

Weitere Anträge für dieses Förderjahr wurden gestellt bei:

- ☐ keiner der nachfolgenden Institutionen
- ☐ Öffentliche Hand (z.B. Land, Kommunen)
- ☐ Rentenversicherungsträger
- ☐ Pflegeversicherungsträger
- ☐ Unfallversicherungsträger
- ☐ Private Krankenversicherung
- ☐ Landesverband (bei Mitgliedschaft)
- ☐ Wirtschaftsunternehmen (z.B. Pharmaunternehmen, Medizinproduktehersteller)
- ☐ Weitere: ----------

Hinweis: Der Verwendungsnachweis gilt als Förderungsvoraussetzung für jede weitere Pauschalförderung (siehe Anlage 3). Belege sind sechs Jahre aufzubewahren. Die Bremer Krankenkassen behalten sich vor, ggf. Einzelbelege einzufordern und zu prüfen.

(4) Bereits beantragte Fördermittel

Wurden von Ihrer Selbsthilfegruppe bereits Gelder nach SGB XI (Pflegeversicherung) beantragt?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, in welcher Höhe? Euro

Wenn ja, zu welchem Zweck?

(5) Bankverbindung

Selbsthilfegruppen, die keinem Verband (Bundes-, Landes-, oder Regionalverband) angehören

Bitte überweisen Sie die Förderung auf das für einen Treuhänder eingerichtete Konto, Unterkonto eines Girokontos oder Sparkonto*:

Kontoinhaber/-in:			
Anschrift:			
Kreditinstitut:			
Bankleitzahl:		Kontonummer:	
IBAN			
BIC			

Selbsthilfegruppen, die eine unselbstständige Untergliederung eines rechtsfähigen Verbandes sind

Bitte überweisen Sie die Förderung auf das (Unter-) Konto des Gesamtvereins oder des Verbandes*²:

Kontoinhaber/-in:			
Anschrift:			
Kreditinstitut:			
Bankleitzahl:		Kontonummer:	
IBAN			
BIC			

*) der/die Verfügungsberechtigte für das Konto ist verpflichtet sicherzustellen, dass die Fördermittel nur für die Zwecke der Gruppe verwendet werden und die Selbsthilfegruppe in voller Höhe über die Fördermittel verfügen kann. Der Antrag auf Fördermittel muss von zwei Mitgliedern der Selbsthilfegruppe unterzeichnet werden.
*²) dieses Konto wurde für die Untergliederung angelegt und ist für die regionale Selbsthilfegruppe in voller Höhe verfügbar.

Erklärung

Dieser Antrag ist nur mit zwei Unterschriften von Mitgliedern der Selbsthilfegruppe gültig.

Hiermit erklären wir, dass wir stellvertretend für die Selbsthilfegruppe die Fördermittel durch die Krankenkassen/-verbände in Empfang nehmen.

Mit den nachfolgenden Unterschriften bestätigt die Selbsthilfegruppe, dass sie parteipolitisch und weltanschaulich neutral ist und keine kommerziellen Interessen verfolgt. Die Interessenwahrnehmung und -vertretung erfolgt durch Betroffene. Die Selbsthilfegruppe ist zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und Krankenkassenverbände bereit. Sie gewährleistet die ordnungsgemäße Durchführung der geförderten Maßnahmen, beachtet die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und erklärt sich bereit, die Verwendungsnachweise der bewilligten Mittel bis zum 15.02. des Folgejahres einzureichen.

Ein Rechtsanspruch auf eine bestimmte Fördersumme besteht nicht. Die Höhe der Förderung ist abhängig von der im Förderjahr vorhandenen Gesamtfördersumme und der Anzahl und dem Förderbedarf aller anderen Antragsteller (SHG).

Wir verpflichten uns, die Zuschüsse zweckgebunden - gemäß § 20c SGB V - zu verwenden sowie auf die Förderung durch die Krankenkassen in geeigneter Form hinzuweisen.

Ort, Datum	1.) Rechtsverbindliche Unterschrift Antragsteller/-in (und ggf. Stempel)
Ort, Datum	2.) Rechtsverbindliche Unterschrift eines weiteren Gruppenmitgliedes

Zusatzerklärung (nur für Selbsthilfegruppen, die in einem Bundes-, Landes- oder Regionalverband sind)
Hiermit erkläre ich, dass ich stellvertretend für die Selbsthilfegruppe die Fördermittel durch die Krankenkassen/-verbände in Empfang nehme. Ich bin dafür verantwortlich, dass die Fördermittel ausschließlich für Zwecke der Gruppe unter Berücksichtigung der Förderrichtlinien sowie der gemeinnützigkeitsrechtlichen Regelungen und der satzungsmäßigen Ziele des Gesamtvereins verwendet werden.

Ort, Datum	1.) Rechtsverbindliche Unterschrift
Ort, Datum	2.) Rechtsverbindliche Unterschrift

Diesem Antrag sind beigelegt:

- ☐ Selbstdarstellung der SHG
- ☐ ggf. Presseartikel
- ☐ ggf. Flyer/Handzettel
- ☐ ggf. Satzung der SHG
- ☐ Sonstiges
- ☐ Wir verfügen über keine Materialien.

Anlage 1

Haushaltsplanung/Kalkulation des Förderbedarfs

Dieses Formblatt ist ab einem Förderbetrag von <u>500,01 Euro</u> auszufüllen. Falls vorhanden, können Sie anstelle dieses Formblattes den Haushaltsplan oder die Kalkulationsunterlagen oder die sonst übliche Etataufstellung Ihrer Selbsthilfegruppe beilegen.

1.)	**(voraussichtliche) Ausgaben**	
	· Miete	Euro
	· Bürobedarf	Euro
	· Telefon, Fax, Internet	Euro
	· Porto	Euro
	· Regelmäßige Veranstaltungen (z. B. Mitgliederversammlung)	Euro
	· Öffentlichkeitsarbeit	Euro
	· Fahrkosten für Verbandsarbeit	Euro
	· Fortbildungs- und Fachveranstaltungen (z. B. Teilnahmegebühren)	Euro
	· Honorare/Referenten usw.	Euro
	· Sonstiges	Euro
	Summe	**Euro**

2.)	**(voraussichtliche) Einnahmen**	
	· Mitgliedsbeiträge	Euro
	· Spenden, Sponsoren	Euro
	· Zuschüsse (z. B. von Bundesorganisationen)	Euro
	· Zuschüsse von anderen Sozialversicherungsträgern	Euro
	· Zuschüsse öffentliche Hand	Euro
	· Zinsen	Euro
	· Rücklagen	Euro
	· Sonstiges	Euro
	Summe	**Euro**

1. Gesamtausgaben:	Euro
2. Gesamteinnahmen:	Euro
Ihr Förderbedarf durch die Krankenkassen im Land Bremen	**Euro**

Ort, Datum	1.) Rechtsverbindliche Unterschrift Antragsteller/-in (und ggf. Stempel)
Ort, Datum	2.) Rechtsverbindliche Unterschrift eines weiteren Gruppenmitgliedes

Anlage 2

Datenverwendungserklärung

Noch eine Bitte in eigener Sache:

Wichtige Voraussetzung zur besseren Umsetzung der Selbsthilfeförderung nach § 20c SGB V ist eine größere 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.

Damit die weitergehende Verwendung der entsprechenden Informationen auf rechtlich abgesicherter Basis erfolgen kann, benötigen wir eine entsprechende Einverständniserklärung. Wir bitten Sie deshalb, uns nachfolgend Ihr entsprechendes Einverständnis zu erklären:

Diese Einverständniserklärung zur weitergehenden Datenverwendung ist freiwillig und unabhängig von der Bearbeitung Ihres Antrages auf Fördermittel. Ein Widerruf ist jederzeit möglich.

Einverständniserklärung zur weitergehenden Datenverwendung:

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

- Dokumentation des Fördergeschehens für interne Zwecke der jeweiligen Krankenkassen und ihrer Verbände,
- 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 und Beratung der Versicherten und der interessierten Öffentlichkeit über Art der Organisation, betroffenes Krankheitsbild, Name der Organisation, sowie die für die Erreichbarkeit der Organisation erforderlichen Daten.

Ort, Datum	1.) Rechtsverbindliche Unterschrift Antragsteller/-in (und ggf. Stempel)
Ort, Datum	2.) Rechtsverbindliche Unterschrift eines weiteren Gruppenmitgliedes

Anlage 3

Nachweis über die Verwendung der kassenübergreifenden Fördermittel der örtlichen Selbsthilfegruppen gemäß § 20c SGB V

für das Förderjahr _____

<u>Hinweis:</u> Ein nachträglicher Verwendungsnachweis gilt als Förderungsvoraussetzung für jede weitere Pauschalförderung. Belege sind sechs Jahre aufzubewahren. Die Bremer Krankenkassen behalten sich vor, ggf. Einzelbelege einzufordern und zu prüfen.

Ab einer Fördersumme von 500,01 EUR ist <u>zusätzlich</u> ein regelhafter Verwendungsnachweis (summarische Auflistung der tatsächlichen Einnahmen und Ausgaben analog der Kalkulation des Förderbedarfs – siehe Anlage 1) sowie ein Tätigkeitsbericht Ihrer Selbsthilfearbeit vorzulegen.

Name der Selbsthilfegruppe:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

Ansprechpartner/-in / Gruppenleitung (mit Anschrift und Telefonnummer, wenn abweichend zu o. a. Angaben):

Bewilligungsschreiben vom:

Betrag: Euro

☐ **Die Fördermittel wurden entsprechend unserer (satzungsgemäßen) Gruppenarbeit verwendet.**

Ort, Datum	1.) Rechtsverbindliche Unterschrift Antragsteller/-in (und ggf. Stempel)
Ort, Datum	2.) Rechtsverbindliche Unterschrift eines weiteren Gruppenmitgliedes

Anlage 4

Kontaktadressen für die Antragstellung

Die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung der Selbsthilfegruppen im Land Bremen wird durch folgende Krankenkassen/-verbände gewährleistet:

AOK Bremen/Bremerhaven
BKK Landesverband Mitte
IKK gesund plus
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Bremen
Knappschaft

Grundsätzlich steht es jeder Selbsthilfegruppe frei, an welche Kasse sie die Anträge schickt. Seit dem Förderjahr 2013 werden die Pauschalanträge intern nach Postleitzahlen geordnet und an die zuständige Krankenkasse weitergeleitet.

Postleitzahlenbereich	zuständige Krankenkasse
bis 28217	**AOK Bremen/Bremerhaven** Ansprechpartnerin für Bremen und Bremerhaven Martina Hilker Bürgermeister-Smidt-Str. 95, 28195 Bremen Telefon 04 21 - 17 61-291 E-Mail: martina.hilker@hb.aok.de Internet: www.aok.de/bremen
28218 - 28259	**BARMER GEK Bremen** Ansprechpartner: Frank Jagusch Domshof 11 28195 Bremen Telefon 0800 - 33 20 60 54-11 90 E-Mail: frank.jagusch@barmer-gek.de Internet: www.barmer-gek.de
28260 – 28332	**Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)** Landesvertretung Bremen Ansprechpartnerin: Birgit Tillmann Martinistraße 34, 28195 Bremen Telefon 04 21 - 165 65-84 E-Mail: birgit.tillmann@vdek.com Internet: www.vdek.com
28333 – 28779	**hkk - Erste Gesundheit** Ansprechpartnerin: Andrea Scheper Martinistraße 26 28195 Bremen Telefon 04 21 - 36 55-13 03 E-Mail: andrea.scheper@hkk.de Internet: www.hkk.de
ab 28780	**DAK - Gesundheit** Regionalzentrum Bremen Ansprechpartnerin: Regina Münster Am Wall 128-134 28195 Bremen Telefon 04 21 - 43 79 98-11 44 E-Mail: regina.muenster@dak.de

Auskunft und Beratung im Rahmen der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung im Land Bremen erteilen auch:

Netzwerk Selbsthilfe
Bremen/ Nordniedersachsen e. V.
Ansprechpartnerin:
Sabine Bütow
Faulenstr. 31, 28195 Bremen
Telefon 04 21 - 70 45 81
Telefax 04 21 - 70 74 72
E-Mail: info@netzwerk-selbsthilfe.com
Internet: www.netzwerk-selbsthilfe.com

Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe behinderter Menschen Bremen e. V. (LAGS)
Ansprechpartner:
Elena Jahn, Dieter Stegmann
Waller Heerstr. 55, 28217 Bremen
Telefon 04 21 - 387 77-14
Telefax 04 21 - 387 77-99
E-Mail: info@lags-bremen.de
Internet: www.lags-bremen.de

Selbsthilfe Bremerhavener Topf e. V.
Ansprechpartner:
Wolf Hast
Hafenstr. 9. 27576 Bremerhaven
Telefon 04 71 - 45 05 0
Telefax 04 71 - 483 46 72
E-Mail: info@bremerhavener-topf.eu
Internet: www.selbsthilfe-bremerhavener-topf.de

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Landesverband Bremen e. V.
Ansprechpartnerin:
Anke Teebken
Außer der Schleifmühle 55-61, 28203 Bremen
Telefon 04 21 - 791 99 -13
Telefax 04 21 - 791 99 - 99
E-Mail: a.teebken@paritaet-bremen.de
Internet: www.paritaet-bremen.de