Kassenindividuelle Selbsthilfeförderung

- Projektförderung -

nach § 20c SGB V

Antragsunterlagen für die Selbsthilfeförderung der Selbsthilfegruppen

und

Landesorganisationen 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:	Daten des Antragstellers	Seite 2-3
	Projektbeschreibung	Seite 4-5
	Erklärung	Seite 6
Anlage 1	Kalkulation für das Projekt	Seite 7
Anlage 2:	Datenverwendungserklärung	Seite 8
Anlage 3:	Kontaktadressen für die Antragstellung	Seite 9

Antrag auf krankenkassenindividuelle Fördermittel (Projektförderung)

für das Förderjahr

bei folgender Krankenkasse:

Es handelt sich bei dieser Gruppe um
eine örtliche/regionale Selbsthilfegruppe ☐ eine Landesorganisation ☐ eine Kontaktstelle ☐

1.Angaben zum Antragsteller/-in:

Wurde Ihre Selbsthilfegruppe / Landesorganisation bereits durch die Bremer Krankenkassen anerkannt? ☐ Nein

☐ Ja. In welchem Jahr wurde erstmalig gefördert?

Name des Förderempfängers:

Anschrift:

(Wenn abweichend, Anschrift des Vereinssitzes, Treffpunkt der Gruppe)

Telefon: Fax:

E-Mail: Internet:

Ansprechpartner/-in der Selbsthilfegruppe/ Landesorganisation für eventuelle Rückfragen zum Antrag:

Name:

Telefon: Fax:

E-Mail:

2. Bankverbindung

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

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

Kontoinhaber:			
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:			
Anschrift:			
Kreditinstitut:			
Bankleitzahl:		**Kontonummer:**	
IBAN:			
BIC:			

*) der 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.

3. Projektbeschreibung / Konzept (ggf. auf separatem Blatt ausführen)

Projektname:

Projektbeschreibung:

Ziele des Projektes und Laufzeit:

Zielgruppe des Projektes

Projektbeteiligte / Kooperationspartner

4. Bei welcher Krankenkasse wurden ebenfalls Fördermittel beantragt und in welcher Höhe?

☐ Keine

Krankenkasse:	Euro
Krankenkasse:	Euro

5. Bei welchen Institutionen/Unternehmen wurden ebenfalls Fördermittel beantragt?

☐ keiner der nachfolgenden Institutionen

☐ Öffentliche Hand (z. B. Land, Kommunen)

☐ Rentenversicherungsträger

☐ Pflegeversicherungsträger

☐ Unfallversicherungsträger

☐ Private Krankenversicherung

☐ Landesverband (bei Mitgliedschaft)

☐ Wirtschaftsunternehmen (z. B. Pharmaunternehmen, Medizinproduktehersteller)

☐ Weitere:

6. Kosten des Projektes / Finanzierung
(bitte fügen Sie eine Kostenkalkulation bei, siehe Anlage 1)

Gesamtkosten des Projektes:	Euro
Höhe des Eigenanteils:	Euro
Beantragte Mittel bei anderen Partnern (Krankenkassen, Institutionen usw.):	Euro
Es wird hiermit eine Projektförderung bei den Bremer Krankenkassen beantragt in Höhe von:	**Euro**

7. In welcher Höhe wurden in diesem Jahr pauschale Fördermittel im Rahmen der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung beantragt? Euro

Erklärung

Dieser Antrag ist nur mit zwei Unterschriften von Mitgliedern der Selbsthilfegruppe gültig.
Hiermit erklären wir, dass wir stellvertretend für die Selbsthilfegruppe / Landesorganisation die Fördermittel durch die Krankenkassen/-verbände in Empfang nehmen.

Mit den nachfolgenden Unterschriften bestätigt die Selbsthilfegruppe / Landesorganisation, dass sie parteipolitisch und weltanschaulich neutral ist und keine kommerziellen Interessen verfolgt. Die Interessenwahrnehmung und -vertretung erfolgt durch Betroffene. Die Selbsthilfegruppe / Landesorganisation ist zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und Krankenkassenverbänden 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 15.12. des Förderjahres 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 und auf die Förderung durch die Krankenkassen in geeigneter Weise hinzuweisen.

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

Anlage 1

Kalkulation für das Projekt:

1.)	**(voraussichtliche) Ausgaben** Bezeichnung	
		Euro
		Euro
		Euro
		Euro
		Euro
		Euro
		Euro
		Euro
		Euro
		Euro
	Summe	**Euro**

2.)	**(voraussichtliche) Einnahmen** Bezeichnung	
		Euro
		Euro
		Euro
		Euro
		Euro
		Euro
		Euro
		Euro
	Summe	**Euro**

1. Gesamtausgaben:	Euro
2. Gesamteinnahmen:	Euro
Ihr Förderbedarf:	**Euro**

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.

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

Kontaktadressen für die Antragstellung

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

Postleitzahlenbereich		zuständige Krankenkasse
0 bis 28217	lokale Selbsthilfegruppen und Landesorganisationen	**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	lokale Selbsthilfegruppen	**BARMER GEK Bremen** Ansprechpartner: Frank Jagusch Domshof 11 28195 Bremen Telefon 08 00 - 33 20 60 54-11 90 E-Mail: frank.jagusch@barmer-gek.de Internet: www.barmer-gek.de
28260 – 28332	lokale Selbsthilfegruppen	**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	lokale Selbsthilfegruppen	**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	lokale Selbsthilfegruppen	**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
ab 28218	Landesorganisationen	**Techniker Krankenkasse** Landesvertretung Bremen Ansprechpartnerin: Angela Motzko Postfach 28 61 55 28361 Bremen Telefon 04 21 - 305 05-404 E-Mail: angela.motzko@tk.de

Auskunft und Beratung 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

Selbsthilfe Bremerhavener Topf e. V.
Ansprechpartner:
Wolf Hast
Hafenstr. 9. 27576 Bremerhaven
Telefon 04 71 - 450 50
Telefax 04 71 - 483 46 72
E-Mail: info@bremerhavener-topf.eu
Internet: www.selbsthilfe-bremerhavener-topf.de

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

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