**Antragsunterlagen zur pauschalen Förderung von**

**Selbsthilfegruppen**

**durch die GKV Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe im**

**Land Brandenburg für das Förderjahr 2021 [[1]](#footnote-1)**

**gemäß § 20h SGB V**

**im Rahmen der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung**

**Land Brandenburg**

Damit die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände 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.

**Zu den Antragsunterlagen gehören die nachstehenden Anlagen:**

 Anlage 1 Verwendungsnachweis 2020 bis 700 EUR

 Anlage 1a Verwendungsnachweis 2020 ab 701 EUR

 Anlage 2 Kostenaufstellung für Aktivitäten und regelmäßige Maßnahmen

 Anlage 3 Datenverwendungserklärung

 Anlage 4: Arbeitsplan 2021

**Rücksendung dieses Antrages bitte an folgende Adresse:**

vdek – Landesvertretung Berlin/Brandenburg

Friedrichstraße 50-55

10117 Berlin

**Achtung!**

Für die Antragsstellung ist ausschließlich dieser Antragsvordruck zu verwenden.

Den Antrag bitte vollständig und leserlich ausfüllen und zusammen mit den darin aufgeführten und für die Prüfung der Förderanträge erforderlichen Unterlagen

einreiche

|  |
| --- |
| *Der Antrag enthält bereits einige Angaben zu Ihrer Selbsthilfegruppe. Diese sind bitte aufmerksam zu prüfen und ggf. leserlich zu ändern oder zu ergänzen. Für Änderungen bitte das jeweilige Feld darunter oder daneben nutzen.* |
| **1)** | **Angaben zum Antragsteller:** |
|  | Nummer der Selbsthilfegruppe: |  |
|  |
|  | Name der Selbsthilfegruppe: |
|  |  |
|  |
|  | Postanschrift: |
|  |  |
|  |  |  |
|  |
|  | Ansprechpartner/in **(wenn abweichend von Postanschrift)** |
|  |  |
|  |
|  | Telefon: |  |
|  |
|  |  |  |
|  | E-Mail: |  |
|  |
|  | Internet: |  |
|  | Name und Telefonnummer der stellvertretenden Ansprechpartner/in:  |
|  |  |
|  |  |
|  |
|  | Treffpunkt der Selbsthilfegruppe : |
|  | Stadt/Gemeinde: |  | Landkreis/ kreisfreie Stadt: |  |
|  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Angaben zur Selbsthilfegruppe (SHG):** |
|  |  |
|  | Mit welchem Krankheitsbild befasst sich die SHG?  |
|  | Digitale Gruppe? Ja [ ]  Nein [ ]  |
|  | Wenn Ja : aus welchen Bundesländern schalten sich die Gruppenmitglieder zu  |
|  | Brandenburg:[ ]  bundesweit:[ ]  sonstiges:  |
|  | Seit wann besteht die SHG? |  |  |
|  | **Bei Neugründung bzw. Erstantragsstellung bitte den Nachweis der Veröffentlichung (siehe Merkblatt Punkt 4.) beifügen!** |
|  | Anzahl der Mitglieder |  |
|  |
|  | Wie häufig finden Gruppentreffen statt? **(nur Gesprächsselbsthilfe)** |  | pro Woche |
|  |  |  |  |
|  |  |  | pro Monat |
|  |  |  |  |
|  |  |  | im Jahr |
|  |
|  | Wie viele Personen nehmen durchschnittlich an den Gruppentreffen teil? |  |
| Wie wird die Gruppe öffentlich gemacht? |
| [ ]  Homepage, benennen: |
| [ ]  Flyer [ ]  Broschüre |
| [ ]  sonstige |
|   | Ist die Gruppe grundsätzlich offen für neue Mitglieder?  |
|  | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
|  | Wenn nein, bitte begründen:  |
|  |  |
|  | Ist die SHG Mitglied in einem Landesverband? |
|  | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
|  | Wenn ja, in welchem: |  |
|  | Wird die Gruppe regelmäßig von professionellen Helfern wie z. B. Ärzten, Therapeuten, anderen Gesundheits- und Sozialberufen, die **nicht selbst betroffen und nicht Mitglied** der Selbsthilfegruppe *sind,* geleitet? (Bitte Erläuterungen unter Punkt 4, 2. Anstrich im Merkblatt beachten) |
|  | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
|  | Wenn ja, bitte begründen mit Angabe der Qualifikation der Anleitung/Moderation? |
|  |  |
|  |  |
| Übersicht der voraussichtlichen Einnahmen und Ausgaben im Förderjahr  |

|  |  |
| --- | --- |
| sonstige Rücklagen |   |
|  |  |
| Restfördermittel aus der Pauschalförderung 2020 |   |
|  |  |
| Mitgliedsbeiträge (soweit diese der SHG zur Verfügung stehen) |   |
|  |  |
| Zuschüsse aus der Sozialversicherung (Renten-/Unfall/Pflegekasse) |  |
|  |  |
| Zuschüsse öffentliche Hand  |  |
|  |  |
| Förderung der Selbsthilfe der sozialen Pflegeversicherung§ 45 d SGB IX |  |
|  |  |
| Pauschalförderung Krankenkassen nach § 20h SGB V  |  |
|  |  |
| Spenden, Sponsorengelder |  |
|  |  |
| Zinserträge, Erbschaften |  |
|  |  |
| Sonstige Zuschüsse bitte benennen |  |
|  |  |  |
| **Summe der voraussichtlichen Gesamteinnahmen:** |  |
|  |  |
|  |  |
| **Voraussichtliche Ausgaben für die Selbsthilfearbeit 2021** |  |
| Raummiete und Nebenkosten für Gruppenräume(nicht förderfähig sind Mieten für Rehasport/Funktionstraining) |   |
|  |  |
| Büromaterial  |   |
|  |  |
| Ersatzbeschaffung von Mobiliar und technischen Geräten |  |
|  |  |
| Öffentlichkeitsarbeit (z. B. Internetauftritt, Flyer, Mitgliederzeitschrift, Banner, Standgebühren) |   |
|  |  |
| Referentenhonorare |   |
|  |  |
| Kontoführungsgebühren |  |
|  |  |
| Regelmäßige Ausgaben Internet |  |
|  |  |
| Regelmäßige Ausgaben Telefon/Handy |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Kosten für Aktivitäten und regelmäßige Maßnahmen der Selbsthilfegruppe** |
| Schulungen/Fortbildungen |  |
|  |  |
| Tagungs-Kongress- und Messebesuche |  |
|  |  |
| Mitgliederversammlungen, Wahlversammlungen |  |
|  |  |
| Regelmäßige Veranstaltungen, die durch die Selbsthilfegruppe selbst organisiert werden |  |
|  |  |
| Sonstige Kosten für: |  |
|  |  |
| **Summe der voraussichtlichen Gesamtausgaben** |  |
|  |  |
| ***Höhe der beantragten pauschalen Förderung für das Jahr 2021:*** |  |

Anlage 1

**Kostenaufstellung für Aktivitäten und regelmäßige Maßnahmen im Jahr 2021**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Maßnahme | Anzahl der Teilnehmer | Kurzbeschreibung | Kosten | Eigenanteil |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Kostenaufstellung für Veranstaltungen, die durch die Selbsthilfegruppe selbst organisiert werden** |
|  |
| Maßnahme | Anzahl der Teilnehmer | Kurzbeschreibung | Kosten | Eigenanteil |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Anlage 2**

|  |
| --- |
| Nachweis über die Mittelverwendung für Fördersummen bis 700 €**gemäß § 20h SGB V für das** **Förderjahr 2020** |
|  |
|  |
| Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift der Selbsthilfegruppe): |
| SHG- Nummer: |  |
| Name der Selbsthilfegruppe:  |
|  |
| Ansprechpartner/in bei evtl. Rückfragen (Name): |  | Telefon: |
|  |  |  |
|  |
|  |
| Bewilligungsschreiben vom:(soweit bekannt) |  | Betrag: |  | € |
|  |
|  |
| Die Fördermittel wurden ausschließlich für **gesundheitsbezogene Selbsthilfeaufgaben** der Selbsthilfegruppe gemäß § 20h SGB V verwendet. **Die GKV Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe im Land Brandenburg behält sich Stichprobenprüfungen über die ordnungsgemäße Verwendung der Fördermittel vor. Die Originalbelege der Selbsthilfegruppen sind 3 Jahre aufzubewahren.** |
|  |
| Zurück an: |
| vdek Landesvertretung Berlin/BrandenburgKirsten WaretzkyFriedrichstraße 50-5510117 Berlin |  |  |  |
|  |  |
|  |
|  | Ort, Datum |
|  |  |
|  |  |
|  | **rechtsverbindliche Unterschrift (vertretungsberechtigtes Mitglied der Selbsthilfegruppe)** |
|  |  |
|  | **rechtsverbindliche Unterschrift (weiteres vertretungsberechtigtes Mitglied der Selbsthilfegruppe)** |

**Anlage 2a**

|  |
| --- |
| **Nachweis über die Mittelverwendung für Fördersummen ab 701 €****gemäß § 20h SGB V für das** **Förderjahr 2020** |
|  |
|  |
| Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift der Selbsthilfegruppe): |
| SHG- Nummer: |  |
| Name der Selbsthilfegruppe:  |
|  |
| Ansprechpartner/in bei evtl. Rückfragen (Name): |  | Telefon: |
|  |  |  |
|  |
|  |
| Bewilligungsschreiben vom:(soweit bekannt) |  | Betrag: |  | € |
|  |
|  |
| Die Fördermittel wurden ausschließlich für **gesundheitsbezogene Selbsthilfeaufgaben** der Selbsthilfegruppe gemäß § 20h SGB V verwendet. **Die GKV Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe im Land Brandenburg behält sich Stichprobenprüfungen über die ordnungsgemäße Verwendung der Fördermittel vor. Die Originalbelege der Selbsthilfegruppen sind 3 Jahre aufzubewahren.** |
|  |
| Zurück an: |
| vdek Landesvertretung Berlin/BrandenburgKirsten WaretzkyFriedrichstraße 50-5510117 Berlin |  |  |  |
|  |  |
|  |
|  | Ort, Datum |
|  |  |
|  |  |
|  | **rechtsverbindliche Unterschrift (vertretungsberechtigtes Mitglied der Selbsthilfegruppe)** |
|  |  |
|  | **rechtsverbindliche Unterschrift (weiteres vertretungsberechtigtes Mitglied der Selbsthilfegruppe)** |

Bitte fügen Sie dem Mittelverwendungsnachweis eine summarische Auflistung (z.B. in Form des Jahresabschlusses, ggf. Bilanz) der tatsächlichen Einnahmen und Ausgaben zu.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **4)** | **Bankverbindung eigenes Konto:** |
|  | **Eigenes Konto**, das nur für die Zwecke der Selbsthilfegruppe oder für die Gruppe als Gesellschaft bürgerlichen Rechts eingerichtet wurde.**Bitte beachten Sie: Lautet das Konto auf den Namen einer Privatperson, muss ein Nachweis der Bank über die alleinige Verfügungsberechtigung der Gruppe beigelegt werden.** |
|  | Die Förderung soll auf folgendes Konto überwiesen werden: |
|  |
|  | Kontoinhaber: |  |
|  |
|  | Kreditinstitut |  |
|  | IBAN |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **D** | **E** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
|  |
|  | Verwendungszweck (wenn erforderlich) | SHG-NR: |
|  |
|  |  |  |
|  |

|  |
| --- |
| **Bei eigenem Konto der Selbsthilfegruppe****Erklärung der Verfügungsberechtigten der Selbsthilfegruppe**Hiermit verpflichten wir uns sicherzustellen, dass die Fördermittel ausschließlich für die Zwecke der Gruppe verwendet werden. Wir sind weiterhin verantwortlich für die Ausstellung eines entsprechenden Verwendungsnachweises. |
|  |  |  |
| Name, Vorname |  | **Datum, Unterschrift** **(verfügungsberechtigtes Mitglied der Selbsthilfegruppe)** |
|  |  |  |
| Name, Vorname |  | **Datum, Unterschrift** **(weiteres verfügungsberechtigtes Mitglied der Selbsthilfegruppe)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **4)** | **FREMDKONTO Bankverbindung:** |
|  | Unsere Selbsthilfegruppe verfügt über **kein eigenes Konto**, sondern nutzt ein Fremdkonto (z. B. Bundes-, Landesverband, Selbsthilfekontaktstelle). Abtretungserklärung erforderlich sowie Erklärung des Kontoinhabers  |
|  | Die Förderung soll auf folgendes Konto überwiesen werden: |
|  |
|  | Kontoinhaber: |  |
|  |
|  | Kreditinstitut |  |
|  |
|  |
|  | IBAN |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **D** | **E** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
|  |
|  | Verwendungszweck  | SHG-NR: |
|  |
|  |
| **Abtretungserklärung der Vertreter der Selbsthilfegruppe**Hiermit erklären wir, dass der beantragte und gegebenenfalls gewährte Zuschuss der GKV Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe im Land Brandenburg zur Selbsthilfeförderung nach § 20h SGB V dem folgenden Kontoinhaber der oben angegebenen Kontoverbindung |
|  |
| überwiesen und von diesem ohne jeglichen Abzug in einer Summe an die Selbsthilfegruppe ausgezahlt wird. |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Name, Vorname |  | **Datum, Unterschrift****(vertretungsberechtigtes Mitglied der Selbsthilfegruppe)** |
|  |  |
|  |  |  |
| Name, Vorname |  | **Datum, Unterschrift****(weiteres vertretungsberechtigtes Mitglied der Selbsthilfegruppe)** |

***Es werden nur Abtretungserklärungen mit zwei Unterschriften anerkannt.***

***Eine fehlende Unterschrift führt zur Ablehnung!***

|  |
| --- |
| **Erklärung des Kontoinhabers** an die der beantragte und gegebenenfalls gewährte Zuschuss der GKV Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe im Land Brandenburg zur Selbsthilfeförderung nach § 20h SGB V ausgezahlt wird.Hiermit erklären wir, |
|  |
| (Namen der Kontoinhaber) |
| dass der bewilligte Förderbetrag der GKV Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe im Land Brandenburg der Selbsthilfegruppe gemäß §20h SGB V ohne jeglichen Abzug zur Verfügung steht.  |
|  |  |  |
| Name, Vorname |  | Datum, Unterschrift, Stempel (Kontoinhaber) |

|  |
| --- |
| **Abschließende Erklärung:** Mit den nachfolgenden Unterschriften bestätigen wir stellvertretend für die Selbsthilfegruppe, dass die Selbsthilfegruppe 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/ -verbänden bereit. Sie gewährleistet die ordnungsgemäße Verwendung der Fördermittel, beachtet die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und erklärt sich bereit, die Verwendungsnachweise der bewilligten Mittel sowie – auf Anforderung – fachliche Berichte einzureichen.Außerdem erklären wir stellvertretend für die Selbsthilfegruppe, dass die Selbsthilfegruppe die Leitlinien der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG-SHG) zur Zusammenarbeit mit Wirtschaftsverbänden kennt, akzeptiert und danach handelt.Die Antragsteller erklären, dass die Angaben im Antrag richtig und vollständig sind. Auf Anforderung der GKV Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe im Land Brandenburg werden die Antragsteller ggf. weitere Unterlagen und Nachweise, die für die Beurteilung des Antrags notwendig sind, zur Verfügung stellen. Die Antragsteller nehmen zur Kenntnis, dass die GKV Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe im Land Brandenburg bei vorsätzlich falschen oder grob fahrlässigen Angaben berechtigt ist, die Fördermittel ganz oder teilweise zurückzufordern. |
|  |
|  |
|  |  |  |
|  |
| Ort, Datum |  | **Unterschrift und ggf. Stempel** **(vertretungsberechtigtes Mitglied der Selbsthilfegruppe)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | **Unterschrift** **(weiteres vertretungsberechtigtes Mitglied der Selbsthilfegruppe)** |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Anlage 3

Datenverwendungserklärung

Wichtige Voraussetzung zur besseren Umsetzung der Selbsthilfeförderung nach § 20h 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 weiter gehenden Datenverwendung ist freiwillig und unabhängig von der Bearbeitung Ihres Antrages auf Fördermittel. Ein Widerruf ist jederzeit bei der GKV Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe im Land Brandenburg möglich.

Einverständniserklärung zur weiter gehenden Datenverwendung:

Wir willigen ein, dass die Angaben aus dem Strukturerhebungsbogen und 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.

Die Daten werden für keinen anderen Zweck verwendet.

Wir willigen in diese weiter gehende Datenverwendung ein:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Datum |  | **Unterschrift** **(vertretungsberechtigtes Mitglied der Selbsthilfegruppe)** |
|  |  |  |
| Datum |  | **Unterschrift** **(weiteres vertretungsberechtigtes Mitglied der Selbsthilfegruppe)** |

**Anlage 4**

**Arbeitsplan für das Jahr 2020**

**Anzahl und Frequenz der geplanten Gruppentreffen**

🞏 Montag 🞏 Dienstag 🞏 Mittwoch 🞏 Donnerstag

🞏 Freitag 🞏 Samstag 🞏 Sonntag

🞏 wöchentlich 🞏 monatlich 🞏 sonstiges (bitte erläutern):

|  |
| --- |
|  |

**Inhalte der geplanten Gruppentreffen**

🞏 Austausch zum aktuellen Befinden/Gesundheitszustand

🞏 Erfahrungsaustausch und Diskussion zu bestimmten Themen

Themen bitte schwerpunktmäßig aufführen

|  |
| --- |
|   |
|  |
|  |
|  |
|  |

🞏 Gegenstand geplanter Vorträge von Ärzten und anderen Referenten

Themen bitte schwerpunktmäßig aufführen

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

🞏 Sonstiges (bitte erläutern)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Hinweis: Freizeitaktivitäten wie z.B. Ausflüge, Urlaubsreisen, Kino-, Konzert- und Theaterbesuche, Weihnachtsfeiern und andere jahrestypische Feste, Bewirtung und Präsente für Gruppenmitglieder, Krankenbesuche etc., die nicht förderfähig sind (vgl. Punkt 7 des Merkblattes) müssen nicht aufgeführt werden.**

1. **Antragsfrist** für die Einreichung von Förderanträgen ist der **31. Januar 2021**

 **Antragsfrist** für neu gegründete Selbsthilfegruppen ist der **31. August 2021** [↑](#footnote-ref-1)