Beantragung von Pauschalfördermitteln für das Jahr 2027 für Selbsthilfekontaktstellen in Schleswig-Holstein gemäß § 20h SGB V

Damit die GKV-Selbsthilfeförderung in Schleswig-Holstein über eine Förderung entscheiden kann, ist die Mitwirkung der Antragsteller erforderlich. Rechtsgrundlagen für die Mitwirkung sind § 60 SGB I „Angabe von Tatsachen“ und § 66 SGB I „Folgen fehlender Mitwirkung“. Verstößt der Antragsteller gegen § 60 SGB I und/oder § 66 SGB I, führt dies zur Ablehnung des Antrags.

Ein Rechtsanspruch auf Förderung und auf eine bestimmte Fördersumme besteht nicht.

*Das Formular ist digital auszufüllen. Um die korrekte Ausführung der hinterlegten Rechenfunktion sicherzustellen, beachten Sie bitte die **Hinweise zum Download** in der Ausfüllhilfe.*

*Bitte drucken Sie die ausgefüllten Formularseiten aus und übersenden diese unterzeichnet inkl. aller Anlagen **postalisch an:***
GKV-Selbsthilfeförderung S-H, c/o BKK-Landesverband NORDWEST, Kim Ebert, Postfach 99 01 22, 47298 Duisburg
Das Formular darf nicht verändert werden.

1. Antragsteller

Name des Trägers der Selbsthilfekontaktstelle	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Vorstandsvorsitz	
Geschäftsführung	
Gründungsjahr	Jahr der Eintragung ins Vereinsregister
Ansprechperson für den Antrag	
E-Mail	Telefon
Name der Selbsthilfekontaktstelle	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Ansprechperson für den Antrag	
E-Mail	Telefon
Website	

2. Bankverbindung des Antragstellers

Kontoinhaber *Bitte den Namen des Kontoinhabers exakt so angeben, wie er beim Kreditinstitut hinterlegt ist*
Bankinstitut
IBAN D E

3. Geschäftsstelle

Der Antragsteller hat:	
☐	eine eigene Geschäftsstelle zur Miete
☐	eine eigene Geschäftsstelle im Eigentum
☐	eine eigene Geschäftsstelle zur kostenlosen Nutzung durch die Selbsthilfekontaktstelle
☐	eine durch den Träger bereitgestellte Räumlichkeit mit interner Kostenverrechnung

Anzahl der Beratungs- und Büroräume der Selbsthilfkontaktstelle
(Jeder tatsächlich vorhandene Raum wird nur einmal gezählt, auch wenn er unterschiedlich genutzt wird. Bei Mehrfachnutzung ist er nach seiner überwiegenden bzw. hauptsächlichen Nutzung einer Kategorie zuzuordnen).

	Anzahl	**Barrierefrei**			
Beratungsräume		☐	Ja	☐	Nein
Schulungs- und Veranstaltungsräume		☐	Ja	☐	Nein
Büroräume		☐	Ja	☐	Nein
Räume für Selbsthilfegruppen		☐	Ja	☐	Nein
Zweigstelle der Kontaktstelle		☐	Ja	☐	Nein

Wenn Räume außerhalb der Selbsthilfekontaktstelle regelmäßig genutzt werden, geben Sie bitte die Sprechzeiten, die Adresse und ggf. den Namen der Einrichtung an:

4. Hauptamtliches Fachpersonal der Selbsthilfekontaktstelle (vgl. Vorlage für Selbsthilfekontaktstellen, DAG SHG, Neuauflage 2015)

Name	Eingruppierung nach Entgeltgruppe	Anzahl Wochenstunden	Abgeschlossene Berufsausbildung und/oder abgeschlossenes Studium	F = Fachpersonal V = Verwaltungspersonal
Gesamtwochenstunden:		**0,0000**		

Summe Wochenstunden Fachpersonal:	**0,0000**	Verwaltungspersonal:	**0,0000**
Veränderung der Gesamtwochenstunden gegenüber dem Vorjahr (Stunden):			

Kurze Begründung bei einer Veränderung:

Ist für das hauptamtliche Fachpersonal der Selbsthilfekontaktstelle die regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen vorgesehen? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, bitte geplante Maßnahmen im aktuellen Förderjahr benennen:

5. Förderung der Selbsthilfekontaktstelle durch die öffentliche Hand

☐	Ja, bitte im Gesamtfinanzierungsplan angeben	☐	Nein

6. Krankheitsbild – indikationsübergreifende Ausrichtung

☐	Ja, indikationsübergreifende Ausrichtung
☐	Nein, keine indikationsübergreifende Ausrichtung, bitte erläutern:

7. Öffnung der Selbsthilfekontaktstelle für alle Interessierten?

☐	Ja
☐	Nur für Mitglieder des Trägers
☐	Nein, bitte erläutern:

8. Einzugsbereich der Selbsthilfekontaktstelle (entspricht dem Kreis bzw. der kreisfreien Stadt)

Name des Kreises, der kreisfreien Stadt:	
Anzahl der aktiven Selbsthilfegruppen mit regelmäßigem Präsenztreffpunkt im Einzugsbereich der Selbsthilfekontaktstelle zum Stichtag 31.12.2026 insgesamt	
davon Anzahl der aktiven gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen	
Nachrichtlich: Anzahl der der Selbsthilfekontaktstelle bekannten ausschließlich digitalen gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen	

9. Dokumentiert die Selbsthilfekontaktstelle die gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen?

☐	Ja, in folgender Form:
☐	Nein, weil:

10. Mitarbeit in der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) der Selbsthilfekontaktstellen bzw. im Schleswig-Holsteinischen Arbeitskreis der Selbsthilfekontaktstellen (SASK)?

(Hierzu zählt nicht allein die Teilnahme an einzelnen Veranstaltungen oder Fachtagen der LAG/SASK)

☐	Ja, in folgender Form:
☐	Nein, weil:

11. Medien

Veröffentlichung eigener Medien von der Selbsthilfekontaktstelle

Newsletter	
Selbsthilfezeitung	
Broschüren	
Arbeitshilfen, z. B. Leitfäden, Handreichungen, Kurzinformationen, Checklisten	
Fachbeiträge	
Homepage	
Selbsthilfe-App	
Online-Forum/Chat *Bitte Link angeben*	
Sonstige Medien/Veröffentlichungen	
Keine Medien	

12. Leitsätze zur Wahrung der Neutralität und Unabhängigkeit

Hat die Selbsthilfekontaktstelle Leitsätze zur Wahrung der Neutralität und Unabhängigkeit im Umgang mit im Wettbewerb stehenden Wirtschaftsunternehmen?

Ja, Anerkennung der Leitsätze von *Bitte hier eintragen*	
Ja, eigene Leitsätze *Bitte als Anlage beifügen*	
Nein, bisher noch keine Leitsätze	

13. Zugangswege zu den Angeboten der Selbsthilfekontaktstelle

Persönliche Beratung	
telefonische Beratung	
digitale Angebote	

14. Öffnungs- bzw. Sprechzeiten der Selbsthilfekontaktstelle

	Montag	**Dienstag**	**Mittwoch**	**Donnerstag**	**Freitag**	**Samstag**
Öffnungszeiten						
Sprechzeiten						
Anmerkung:						

15. Regelmäßige Angebote und Aktivitäten der Selbsthilfekontaktstelle / Jahresplanung

Bitte stellen Sie die geplanten Aktivitäten mit Zeiträumen/Terminen sowie ggf. wesentliche strukturelle oder sächliche Herausforderungen in der Vorlage „**Jahresplanung/Tätigkeitsbericht**“ dar. Die ausgefüllte Vorlage ist dem Antrag beizufügen.

16. Gesamtfinanzierung

Rücklagen / Sonstiges Vermögen

Die Selbsthilfekontaktstelle hat:	**EUR**
freie Rücklagen / freie Finanzmittel in Höhe von	
zweckgebundene Rücklagen in Höhe von insgesamt *Dieses Feld wird automatisch als Summe aus den nachstehenden Ausgaben generiert.*	
sonstiges Vermögen in Höhe von *Bitte Art benennen:*	
Gesamtbetrag *Dieses Feld wird automatisch generiert.*	**0,00**
☐ Der Antragsteller hat keine Rücklagen / kein sonstiges Vermögen	

Hinweis
Die Spalte IST bezieht sich auf die voraussichtlichen Gesamtwerte für das ablaufende Jahr.
Die Spalte PLAN bezieht sich auf die geplanten Gesamtwerte des Jahres, für das dieser Antrag gestellt wird.
Der beantragte Förderbedarf ist zahlenmäßig plausibel darzustellen.
Es muss jede Zeile ausgefüllt werden (keine Leerfelder). Trifft eine Position nicht zu, ist sie mit 0,00 zu beziffern.

Gesamteinnahmen in EUR **– für das ablaufende Jahr (IST 2026) und** **– die für das Förderjahr geplant sind (PLAN 2027)**	**IST 2026**	**PLAN 2027**
Eigene Mittel		
Mitgliedsbeiträge	0,00	0,00
Entnahme aus Rücklagen *Freie Rücklagen / freie Finanzmittel sind in die Finanzierung einzubringen*	0,00	0,00
Einnahmen von Dachverbänden	0,00	0,00
Einnahmen aus Zweckbetrieben (z. B. Anzeigen, Verkauf von Produkten)	0,00	0,00
Einnahmen über eigene Förderkreise oder Fördervereine o. Ä.	0,00	0,00
Einnahmen aus Veranstaltungen (z. B. Teilnahmegebühren)	0,00	0,00
Einnahmen aus Messebetrieb	0,00	0,00
Zinserträge	0,00	0,00
Erbschaften	0,00	0,00
Summe eigene Mittel	**0,00**	**0,00**
Fremde Mittel		
Gesetzliche Krankenversicherung		
Pauschalförderung	0,00	0,00
Überführte Mittel aus der Pauschalförderung aus dem Förderjahr 2025	0,00	
(krankenkassenindividuelle) Projektförderung	0,00	0,00
Überführte Mittel aus der Projektförderung aus dem Förderjahr 2025	0,00	
Öffentliche Hand		
Bundesmittel (z. B. von Bundesministerien)	0,00	0,00
Landesmittel (z. B. von Landesministerien)	0,00	0,00
Kommunale Mittel (z. B. von Städten und Gemeinden)	0,00	0,00
Sonstige Sozialversicherungsträger		
Rentenversicherungsträger	0,00	0,00
Unfallversicherungsträger	0,00	0,00
Pflegeversicherungsträger	0,00	0,00
Dritte		
Wirtschaftsunternehmen (deren Spenden, Beiträge aus Fördermitgliedschaften, Sponsoring etc.)	0,00	0,00
Spenden *Spenden von Wirtschaftsunternehmen sind dort auszuweisen*	0,00	0,00
Zuwendungen von Stiftungen (z. B. Deutsche Krebshilfe)	0,00	0,00
Lotterien (z. B. Aktion Mensch)	0,00	0,00
Bußgelder	0,00	0,00
Summe fremde Mittel	**0,00**	**0,00**
Weitere Einnahmen/Zuwendungen	0,00	0,00
Summe Gesamteinnahmen	**0,00**	**0,00**

Gesamtausgaben in EUR **– für das ablaufende Jahr (IST 2026) und** **– die für das Förderjahr geplant sind (PLAN 2027)**	**IST 2026**	**PLAN 2027**	**davon aus Pauschal-fördermitteln**
Personalausgaben			
Die beantragten Fördermittel dürfen nicht ausschließlich für Personalausgaben verwendet werden.			
Personalkosten	0,00	0,00	0,00
Löhne/Gehälter/Sozialabgaben			
Personalsachkosten (inkl. Fahrt-, Übernachtungs- und Verpflegungskosten)	0,00	0,00	0,00
Ausgaben für die Teilnahme des hauptamtlichen Personals an Sitzungen, Seminaren, Tagungen etc.			
Sachausgaben			
Raumkosten für Geschäftsstelle einschließlich Miete, interner Raumkostenverrechnung sowie Neben-, Betriebs- und sonstiger unmittelbar raumbezogener Bewirtschaftungskosten	0,00	0,00	0,00
für Lager/Archiv	0,00	0,00	0,00
für Veranstaltungen, die nicht unter Ziff. 16.2 und 16.3 fallen *Bitte benennen:*	0,00	0,00	0,00
Geschäftsbedarf			
Bürobedarf	0,00	0,00	0,00
Porto	0,00	0,00	0,00
Telefon, Fax, Internet, insb. Homepage (z. B. Unterhalt/ Betriebskosten, Lizenzen)	0,00	0,00	0,00
Anschaffung von Mobiliar, technischen Geräten und sonstigen Gegenständen *Die Angabe für PLAN ist unter **Ziff. 16.1** zu konkretisieren!*	0,00	0,00	0,00
Durchführung von Schulungen/Fortbildungen/Veranstaltungen/Treffen für Selbsthilfegruppen und Interessierte *Die Angabe für PLAN ist unter **Ziff. 16.2** zu konkretisieren!*	0,00	0,00	0,00
Regelmäßige Vorhaben, Maßnahmen, Produkte, die aus Mitteln der Pauschalförderung bezuschusst werden sollen und bisher anderweitig finanziert wurden *Die Angabe für PLAN ist unter **Ziff. 16.3** zu konkretisieren!*	0,00	0,00	0,00
PR und Öffentlichkeitsarbeit, die nicht unter Ziff. 16.3 fallen *Die Angabe für PLAN ist unter **Ziff. 16.4** zu konkretisieren!*	0,00	0,00	0,00
Ausgaben für innovative Vorhaben, Maßnahmen, Projekte,			
die von der Krankenversicherung (z. B. durch die Projektförderung) unterstützt wurden / werden sollen oder	0,00	0,00	
die von Dritten (z. B. Ministerien, Stiftungen) unterstützt wurden / werden sollen	0,00	0,00	
Sonstige Ausgaben			
Mitgliedsbeiträge für Fachverbände, Dachorganisationen etc.	0,00	0,00	0,00
Weitere Ausgaben, einschließlich Gemeinkosten *Die Angabe für PLAN ist unter **Ziff. 16.5** zu konkretisieren!*	0,00	0,00	0,00
Summe Gesamtausgaben	**0,00**	**0,00**	**0,00**

Die Haushalte müssen ausgeglichen sein. Der beantragte Förderbedarf ist zahlenmäßig plausibel darzustellen.

Höhe der beantragten Fördermittel in EUR	**0,00**

Nachvollziehbare Begründung eines gegenüber dem Vorjahr erhöhten Förderbedarfs, wodurch der Mehrbedarf entsteht

Konkretisierungen zu den geplanten Gesamtausgaben

16.1 Anschaffung von Mobiliar, technischen Geräten und sonstigen Gegenständen

Gegenstand	Grund für die Anschaffung	Anzahl	Stück-preis (EUR)	Gesamt-kosten (EUR)	davon aus Pauschalför-dermitteln
			0,00	0,00	0,00
			0,00	0,00	0,00
			0,00	0,00	0,00
			0,00	0,00	0,00
			0,00	0,00	0,00
			0,00	0,00	0,00
			0,00	0,00	0,00
			0,00	0,00	0,00
			0,00	0,00	0,00
			0,00	0,00	0,00
			0,00	0,00	0,00
			0,00	0,00	0,00
			0,00	0,00	0,00
			0,00	0,00	0,00
			0,00	0,00	0,00
			0,00	0,00	0,00
			0,00	0,00	0,00
			0,00	0,00	0,00
			0,00	0,00	0,00
Summe				**0,00**	**0,00**

16.2 Durchführung von Schulungen/Fortbildungen/Veranstaltungen/Treffen für gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen und Interessierte

Die Übersicht besteht aus drei Tabellen. In den nachstehenden Feldern sind konkrete Angaben zu den einzelnen Maßnahmen vorzunehmen.
*Bitte geben Sie hier nur die Maßnahmen an, die bereits Gegenstand früherer Pauschalförderungsanträge waren und die Sie selbst als Veranstalter*in durchführen (die alleinige Teilnahme an Veranstaltungen ist unter „Personalsachkosten" zu beziffern).*

	Thema/Titel der Maßnahme	**Zielgruppe**	**Termin**
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Fortsetzung der Zeile	**Ort/Anschrift (Veranstaltungsort)**	**Anzahl der Teilnehmenden**	**Fahrt- und Übernachtungskosten der Teilnehmenden (EUR)**	**Verpflegungskosten (EUR)**
1			0,00	0,00
2			0,00	0,00
3			0,00	0,00
4			0,00	0,00
5			0,00	0,00
6			0,00	0,00
7			0,00	0,00
8			0,00	0,00
9			0,00	0,00
10			0,00	0,00

Fortsetzung der Zeile	**Raumkosten/ Miete (EUR)**	**Sonstige Ausgaben (z. B. für Referent*innen)** *Bitte benennen!* **EUR**	**Ausgabenart**	**Gesamtkosten der einzelnen Maßnahmen (EUR)**	**davon aus Pauschalfördermitteln**
1	0,00	0,00		0,00	0,00
2	0,00	0,00		0,00	0,00
3	0,00	0,00		0,00	0,00
4	0,00	0,00		0,00	0,00
5	0,00	0,00		0,00	0,00
6	0,00	0,00		0,00	0,00
7	0,00	0,00		0,00	0,00
8	0,00	0,00		0,00	0,00
9	0,00	0,00		0,00	0,00
10	0,00	0,00		0,00	0,00
Summe				**0,00**	**0,00**

16.3 Regelmäßige Vorhaben, Maßnahmen, Produkte, die aus Mitteln der Pauschalförderung bezuschusst werden sollen und bisher anderweitig finanziert wurden

Die Übersicht besteht aus zwei Tabellen.

Bitte geben Sie hier wiederkehrende Maßnahmen an, die bisher ausschließlich Gegenstand von Projektförderanträgen der GKV waren und fügen die entsprechenden Bewilligungsschreiben als Anlagen bei.

Projekte, die in der Vergangenheit unter diesem Punkt schon einmal beantragt wurden, gelten als in die Pauschalförderung „überführt". Diese sind an dieser Stelle nicht erneut einzutragen, da sie als „verstetigt" gelten.

	Thema/Titel der Maßnahme bzw. des Produkts	**Kosten (EUR)**	**davon aus Pauschal-fördermitteln**
1		0,00	0,00
2		0,00	0,00
3		0,00	0,00
4		0,00	0,00
5		0,00	0,00
6		0,00	0,00
7		0,00	0,00
8		0,00	0,00
9		0,00	0,00
10		0,00	0,00
Summe		**0,00**	**0,00**

Fort-setzung der Zeile	**Finanzierung/Bezuschussung**	
	durch ...	**in Höhe von ... (EUR)**
1		0,00
2		0,00
3		0,00
4		0,00
5		0,00
6		0,00
7		0,00
8		0,00
9		0,00
10		0,00

16.4 PR und Öffentlichkeitsarbeit

Produkte (z. B. Broschüren), die unter Ziff. 16.3 fallen, sind in Ziff. 16.4 nicht noch einmal aufzuführen

Wofür?	**Kosten (EUR)**	**davon aus Pauschal-fördermitteln**
	0,00	0,00
	0,00	0,00
	0,00	0,00
	0,00	0,00
	0,00	0,00
	0,00	0,00
Summe	**0,00**	**0,00**

16.5 Weitere Ausgaben, einschließlich Gemeinkosten

Hier sind Gemeinkosten sowie alle weiteren Ausgaben aufzulisten, die nicht anderweitig kategorisiert werden können (z. B. Kosten für Selbsthilfe-APP, anteilige Steuerberatungskosten, nach dem Leitfaden förderfähige Rechtsberatungskosten oder Kontoführungsgebühren). Die der Selbsthilfekontaktstelle zuzurechnenden Gemeinkosten sind in ihrer tatsächlichen bzw. für das Förderjahr geplanten Höhe unter „Kosten (EUR)“ anzugeben. In der Spalte „davon aus Pauschalfördermitteln“ können Gemeinkosten bis maximal 4 % der förderfähigen Personalkosten der Selbsthilfekontaktstelle (Löhne, Gehälter und Sozialabgaben) berücksichtigt werden.

Wofür?	**Kosten (EUR)**	**davon aus Pauschal-fördermitteln**
	0,00	0,00
	0,00	0,00
	0,00	0,00
	0,00	0,00
	0,00	0,00
	0,00	0,00
	0,00	0,00
	0,00	0,00
	0,00	0,00
	0,00	0,00
	0,00	0,00
	0,00	0,00
	0,00	0,00
	0,00	0,00
	0,00	0,00
	0,00	0,00
	0,00	0,00
	0,00	0,00
	0,00	0,00
	0,00	0,00
	0,00	0,00
	0,00	0,00
	0,00	0,00
	0,00	0,00
	0,00	0,00
	0,00	0,00
	0,00	0,00
	0,00	0,00
	0,00	0,00
	0,00	0,00
	0,00	0,00
	0,00	0,00
	0,00	0,00
	0,00	0,00
	0,00	0,00
	0,00	0,00
	0,00	0,00
	0,00	0,00
	0,00	0,00
	0,00	0,00
	0,00	0,00
	0,00	0,00
	0,00	0,00
	0,00	0,00
	0,00	0,00
	0,00	0,00
Summe	**0,00**	**0,00**

17. Folgende Unterlagen liegen diesem Antrag bei

	bereits vorgelegt und unverändert gültig zuletzt vorgelegt im Förderjahr	**Aktuelle Unterlage ist beigefügt**	**wird nachgereicht am**
Satzung in der aktuell gültigen Fassung vom:	☐	☐	☐
aktueller Freistellungsbescheid des Finanzamtes (gültig bis:)	☐	☐	☐
unterzeichnete Bestätigung über die Entlastung des Vorstands (Auszug aus Protokoll der Mitgliederversammlung)	☐	☐	☐
Nachweis der Kosten für die Geschäftsstelle (z. B. Mietvertrag bzw. bei interner Kostenverrechnung nachvollziehbare Kosten-/Flächenaufteilung)	☐	☐	☐
Bewilligungsschreiben für vorherige Förderung/ Bezuschussung von Maßnahmen gem. Ziff. 16.3	☐	☐	☐
Eigene Leitsätze (sofern vorhanden)	☐	☐	☐
Jahresplanung gemäß Vorlage		☐	☐
Verwendungsnachweis des Vorjahres a) Tätigkeitsbericht gemäß Vorlage b) Zahlenmäßiger Nachweis c) Nachweis über Förderung durch öffentliche Hand		☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐

18. Erklärung

Mit den Unterschriften bestätigt der Antragsteller
- die Mittelbeantragung gemäß § 20h SGB V,
- die Einhaltung der Allgemeinen Nebenbestimmungen für die Beantragung und Gewährung von Pauschalfördermitteln (vgl. Gemeinsames Rundschreiben (GR) 2027 Anlage 1),
- die Einhaltung der Grundsätze zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit (vgl. GR 2027 Anlage 3),
- die Berücksichtigung der Hinweise zur Selbsthilfe in der digitalen Welt (vgl. GR 2027 Anlage 4),
- die Kenntnisnahme der Information zur Datenverwendung (vgl. GR 2027 Anlage 5),
- die Einhaltung des Datenschutzes gemäß Anlage 7 des GR 2027 die bei Geltendmachung von Gemeinkosten hierfür berücksichtigten Aufwendungen nicht zusätzlich in anderen Ausgabenpositionen zu berücksichtigen.

Der Antragsteller verpflichtet sich, die finanziellen Zuschüsse der GKV-Selbsthilfeförderung Schleswig-Holstein zweckgebunden gemäß § 20h SGB V zu verwenden. Auf Anforderung des Fördermittelgebers wird der Antragsteller ggf. weitere Unterlagen und Nachweise, die für die Beurteilung des Antrags notwendig sind, zur Verfügung stellen.

19. Transparenz

Der Antragsteller ist verpflichtet, Transparenz über eingenommene Mittel aus Spenden, Sponsoring und Förderung auf seinen Internetseiten herzustellen (getrennt nach Spenden, Sponsoring und Förderung). Die Veröffentlichung erfolgt unter folgendem Link:

20. Richtigkeit der Angaben/Legitimation

Mit der Unterzeichnung (**im Original**) bestätigen die zwei Vertreter*innen des Antragstellers zur Beantragung von Fördermitteln legitimiert zu sein sowie die Richtigkeit der Angaben im Antrag und die Vollständigkeit der antragsrelevanten Unterlagen.

Ort, Datum	*Bitte in Druckbuchstaben:* Name Unterzeichner*in, Position im Verein	Unterschrift
Ort, Datum	*Bitte in Druckbuchstaben:* Name Unterzeichner*in, Position im Verein	Unterschrift