

Nachweis über die Mittelverwendung gemäß § 20h SGB V für das Förderjahr

| | |
|--|----------|
| Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift der Selbsthilfegruppe): | |
| | |
| | |
| | |
| AnsprechpartnerIn bei eventuellen Rückfragen (Name): | Telefon: |
| | |

| | | |
|----------------------------|-------------------|---------|
| Bewilligungsschreiben vom: | Geschäftszeichen: | Betrag: |
| | | |
| | | € |

Verwendungszweck (Projekt):

| Tatsächliche Ausgaben | | |
|--|-------|------------|
| Raumkosten oder Miete | | EUR |
| Referentenkosten | | EUR |
| Honorar (Empfänger bitte benennen) | | EUR |
| Verpflegung | | EUR |
| Seminarkosten gesamt | | EUR |
| Anzahl TN | Pers. | |
| Übernachtung/ | | |
| Verpflegung pro TN | EUR | |
| Teilnahmegebühr | EUR | |
| Fahrtkosten | | EUR |
| Portokosten | | EUR |
| Materialkosten (Kopier-/Druckkosten usw.) (Gesamt bitte benennen) | | EUR |
| Sonstiges (Gesamt bitte benennen) | | EUR |
| Tatsächliche Gesamtkosten | | EUR |

| |
|-------------------------------|
| Tatsächliche Einnahmen |
|-------------------------------|

| | |
|------------------------------|-----|
| Teilnahmegebühren Mitglieder | EUR |
|------------------------------|-----|

| | |
|---------|-----|
| Spenden | EUR |
|---------|-----|

| | |
|--|-----|
| Zuschüsse anderer Krankenkassen/-verbände (Gesamt bitte benennen) | EUR |
|--|-----|

| | |
|--|-----|
| Sonstige Einnahmen (bitte benennen) | EUR |
|--|-----|

| | |
|-------------------------------------|------------|
| Tatsächliche Gesamteinnahmen | EUR |
|-------------------------------------|------------|

| |
|--|
| Die zur Verfügung gestellten Fördermittel wurden wirtschaftlich, sparsam und ausschließlich für gesundheitsbezogene Selbsthilfemaßnahmen der Landesorganisation verwendet. |
|--|

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

Ort, Datum

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

1. Unterschrift (ggf. Stempel)

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

Ort, Datum

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

2. Unterschrift (ggf. Stempel)

Zurück an:

]

[

]