Beantragung von Pauschalfördermittel für das Jahr 2024 für Selbsthilfegruppen in Schleswig-Holstein gemäß § 20h SGB V

Damit die GKV-Selbsthilfeförderung Schleswig-Holstein über eine Förderung entscheiden kann, ist die Mitwirkung der Antragstellerin/ des Antragstellers erforderlich. Rechtsgrundlagen für die Mitwirkung sind § 60 SGB I „Angabe von Tatsachen" und § 66 SGB I ,,Folgen fehlender Mitwirkung". Eine fehlende Mitwirkung führt zur Ablehnung des Antrags.

Die Ausfüllanleitung zur Pauschalförderung von Selbsthilfegruppen soll Sie dabei unterstützen, korrekte Pauschal-anträge einzureichen. Es wird daher empfohlen, die Ausfüllanleitung vor dem Ausfüllen der Antragsunterlagen aufmerksam zu lesen.

Bitte drucken Sie die ausgefüllten Formularseiten aus und übersenden diese unterzeichnet inkl. Aller Anlagen postalisch an:

GKV-Selbsthilfeförderung Schleswig-Holstein
c/o KNAPPSCHAFT
Heike Josenhans
Millerntorplatz 1

20359 Hamburg

Jede Selbsthilfegruppe kann pro Kalenderjahr (01.01.-31.12.) einen Antrag auf Pauschalförderung stellen.

Bitte beachten Sie folgende Antragsfristen:

31. Januar des Förderjahres

Anträge von gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen, die zum 31.01. eines Jahres mindestens sechs Monate bestehen

31. August des Förderjahres

Anträge von gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen, die zum 31.08. eines Jahres mindestens sechs Monate bestehen

Maßgeblich für die Fristwahrung ist der Eingangsstempel der/s federführenden Krankenkasse/-verbandes und nicht der Poststempel auf dem Briefumschlag.

1. Antragstellerin/ Antragsteller

Name der Selbsthilfegruppe

Ansprechperson für Rückfragen

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

E-Mail

Telefon/ Mobilnummer

Schriftwechsel mit der Antragstellerin/ dem Antragsteller: ☐ postalisch ☐ per E-Mail

2. Angaben zur Antragstellerin/ zum Antragsteller

Interne Nummer der SHG
(Wird bei erstmaliger Förderung von der GKV vergeben)

Gründungsjahr (Monat/ Jahr) Ihrer SHG

Erhielt die Selbsthilfegruppe vormals eine Förderung durch die ARGE?

☐ Nein ☐ Ja (bitte letztes Förderjahr angeben)

Ist die Selbsthilfegruppe einer Bundes- oder Landesorganisation angegliedert?

☐ Nein ☐ Ja (bitte vollständigen Namen angeben)

Mit welchem Krankheitsbild/ Behinderung beschäftigt sich die Selbsthilfegruppe?

Wie viele Mitglieder hat die Selbsthilfegruppe?

Wie viele Mitglieder nehmen durchschnittlich an den Gruppentreffen teil?

Wird die Selbsthilfegruppe durch eine Person (z.B. Arzt, Therapeuten oder andere Sozial und Gesundheitsberufe) angeleitet/ moderiert, die dies beruflich ausübt?

☐ Nein ☐ Ja (bitte nennen)

Ist die Selbsthilfegruppe grundsätzlich offen für neue Mitglieder?

☐ Ja ☐ Nein (bitte begründen)

Wo trifft sich die Selbsthilfegruppe? (Bitte Name der Einrichtung und Anschrift vollständig angeben)

Wie werden die Gruppentreffen durchgeführt? ☐ in Präsenz ☐ digital

Wie häufig finden die Gruppentreffen statt?

☐ Weniger als einmal im Monat ☐ Einmal im Monat ☐ Mehr als einmal im Monat

Wo wird das Angebot der Selbsthilfegruppe regelmäßig bekannt gegeben?

☐ örtliche Selbsthilfekontaktstelle (Bitte vollständigen Namen angeben)

☐ Bundes- oder Landesorganisation (Bitte vollständigen Namen angeben)

☐ eigene Internetseite (Bitte angeben)

☐ Veröffentlichungen in der Presse, ☐ Flyer bzw. ☐ Handzettel

☐ keine Bekanntmachung (Bitte begründen)

3. Aufstellung des Förderbedarfs bis 1.000,00 EUR

Es muss jede Zelle befüllt werden (keine Leerfelder). Trifft eine Position nicht zu, ist sie mit 0,00 € zu beziffern. Zudem sind Erläuterungen Pflichtangaben, ohne die eine Förderung nicht möglich ist.

Aufstellung der voraussichtlichen Einnahmen im Antragsjahr	EUR
Mitgliedsbeiträge (bei der Rechtsform e.V. zwingend auszuweisen)	
Eigenmittel/ Rücklagen	
Wofür sollen die Eigenmittel/ Rücklagen verwendet werden:	
☐ Zuschüsse von Bundes- und/ oder Landesorganisationen	
Zuschüsse aus der ☐ Pflege- ☐ Renten- ☐ Unfallversicherung	
☐ kommunale Fördermittel	
Weitere Einnahmenpositionen	
Summe der Gesamteinnahmen (Dieses Feld berechnet sich automatisch)	0,00 €

Aufstellung der voraussichtlichen Ausgaben im Antragsjahr	EUR
Förderfähige Aufwendungen für die alltäglichen und regelmäßig wiederkehrenden Ausgaben der gesundheitsbezogenen Selbsthilfearbeit ☐ Miet und Nebenkosten, ☐ Raumnutzungsgebühren, ☐ Büromaterialen, ☐ technische Geräte, ☐ Ausgaben für digitale Angebote bzw. Anwendungen, ☐ Öffentlichkeitsarbeit, ☐ Porto/ Telefon / Internet	
Regelmäßige Aktivitäten ☐ Teilnahme an Veranstaltungen mit engem Bezug zum Krankheitsbild oder zur Befähigung zur Gruppenarbeit (Schulungen, Seminare, Fortbildungen, Tagungen, Kongresse, Messen, Gremiensitzungen) ☐ Durchführung eigener gesundheitsbezogener Selbsthilfeveranstaltungen für Gruppenmitglieder, Angehörige und Interessierte	
Weitere Ausgabenpositionen	
Summe der Gesamtausgaben (Dieses Feld berechnet sich automatisch)	0,00 €

4. Fördermittel

Die Zuwendung leistet einen Beitrag zur Finanzierung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfearbeit. Eine Vollfinanzierung ist ausgeschlossen. Um den Förderbedarf berechnen zu können, werden die voraussichtlichen Ausgaben und Einnahmen miteinander verrechnet. Es sind hier die nicht verbrauchten Mittel aus dem Vorjahr einzutragen.

Beantragte Pauschalfördermittel 2024 (Dieses Feld wird automatisch berechnet)	0,00 €
Abzüglich der nicht verausgabten Fördermittel aus 2023	
(Dieses Feld berechnet sich automatisch)	0,00 €

5. Bankverbindung der Antragstellerin/ des Antragstellers

☐ **Die Antragstellerin/ der Antragsteller verfügt über ein eigenes Konto:**

Die Überweisung der Fördermittel erfolgt ausschließlich auf ein für die Zwecke der Antragstellerin oder des Antragstellers eingerichtetes, eigenständiges Konto oder auf ein buchhalterisches (Unter-)Konto der Landes oder Bundesorganisation, sofern dieses Konto für die Selbsthilfegruppe angelegt wurde und sie über die volle Förderhöhe verfügen kann.

Kontoinhaberin/ Kontoinhaber:

Bankinstitut:

IBAN: D E

☐ **Die Antragstellerin/ der Antragsteller verfügt über <u>kein</u> eigenes Bankkonto:**

Die Überweisung der Fördermittel erfolgt alternativ auf ein Unterkonto eines Girokontos, ein Sparbuch oder ein von einem Treuhänder eingerichtetes Konto. Hierbei ist zu beachten, dass die Kontoinhaber in oder der Kontoinhaber bzw. die oder der Verfügungsberechtigte verpflichtet ist, sicherzustellen, dass die Fördermittel nur für die Zwecke der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe verwendet werden.

Kontoinhaberin/ Kontoinhaber bzw.
Verfügungsberechtigte/
Verfügungsberechtigter:

Bankinstitut:

Sparbuch:

Treuhandkonto

IBAN: D E

Erklärung der Kontoinhaberin/ des Kontoinhabers bzw. der/ des Verfügungsberechtigten

Hiermit erkläre ich, dass ich stellvertretend für die Selbsthilfegruppe die Fördermittel in Empfang nehme. Ich bin verantwortlich für die ordnungsgemäße Verwendung der Fördermittel sowie für die Ausstellung und Zusendung des entsprechenden Verwendungsnachweises.

Ort, Datum	Name Unterzeichner/ in	Unterschrift
	Bitte in Druckbuchstaben	

6. Versicherung der Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben

Für die Antragstellung sind die Unterschriften von zwei legitimierten Vertreterinnen oder Vertretern der Selbsthilfegruppe notwendig, die die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben bestätigen und sich im Falle einer Verhinderung gegenseitig vertreten. Die Antragstellenden reichen auf Anforderung des Fördermittelgebers ggf. weitere Unterlagen und Nachweise nach, die für die Beurteilung des Antrages notwendig sind. Die Antragstellenden verpflichten sich, die Zuwendung der gesetzlichen verbände aus Schleswig Holstein zweckgebunden gemäß § 20h SGB V in Verbindung mit dem aktuellen Leitfaden zur Selbsthilfeförderung zu verwenden.

Die GKV-Selbsthilfeförderung Schleswig Holstein behält sich im Einzelfall vor, die ordnungsgemäße Verwendung zu prüfen. Ein Verwendungsnachweis ist vorzulegen. Dies gilt auch dann, sofern sich die Selbsthilfegruppe auflöst oder keine Fördermittel im Folgejahr beantragt werden.

Die Selbsthilfegruppe ist auf Dauer, mindestens ein Jahr nach Ablauf des Förderjahres angelegt.

Die Antragstellerin oder der Antragsteller nimmt zur Kenntnis, dass die GKV-Selbsthilfeförderung Schleswig Holstein bei vorsätzlich falschen oder grob fahrlässigen Angaben oder bei nicht erbrachten Nachweisen berechtigt ist, die Zuwendung ganz oder teilweise zurückzufordern.

Jegliche Änderungen von Angaben sind unverzüglich mitzuteilen. Die Antragstellerin oder der Antragsteller haben identische Aufwendungen nicht mehrfach beantragt, z.B. sowohl in kassenartenübergreifenden Pauschalförderung als auch in der kassenindividuellen Projektförderung. Eine Doppelförderung ist auszuschließen.

Mit der Unterschrift bestätigen die Antragstellerin bzw. der Antragsteller

- die Kenntnisnahme der Informationen zum Datenschutz
  (Anlage 1 der Ausfüllanleitung 2024)
- die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen durch die Mitglieder der Selbsthilfegruppe
  (Anlage 2 der Ausfüllanleitung 2024)
- die Wahrung der Neutralität und Unabhängigkeit im Umgang mit Wirtschaftsunternehmen
  (Anlage 3 der Ausfüllanleitung 2024)

Ein Rechtsanspruch auf eine bestimmte Fördersumme besteht nicht. Die Höhe der Fördersumme ist insbesondere abhängig von den zur Verfügung stehenden Mitteln.

Weitere einzureichende Unterlagen:

☐ ggf. Flyer/ Handzettel **(nur bei Neugründungen!)**

☐ **Selbstdarstellung/ Gründungsprotokoll** der Selbsthilfegruppe bei **Erstantragsstellung** (Muster für Gründungsprotokoll ist der Anlage 4 der Ausfüllanleitung zu entnehmen)

☐ bei Rechtsform e.V.

  ☐ Satzung und Freistellungsbescheid des Finanzamtes (nur bei **Erstantragsstellung**)

  ☐ letzte Einnahmen/ Ausgabenrechnung bzw. letzter Jahresabschluss (satzungsgemäß geprüft)

☐ Bestätigung über die **Mittelverwendung** aus dem **Vorjahr ist diesem Antrag beigefügt**

☐ Bestätigung über die **Mittelverwendung** aus dem **Vorjahr** wurde dem BKK Landesverband NORDWEST **zugeschickt** (Federführung 2023)

1. Vertreterin oder Vertreter der Selbsthilfegruppe

Ort, Datum	Name Unterzeichner/ in	Unterschrift
	Bitte in Druckbuchstaben	

2. Vertreterin oder Vertreter der Selbsthilfegruppe

Ort, Datum	Name Unterzeichner/ in	Unterschrift
	Bitte in Druckbuchstaben	

Frw. Angabe von Kontaktdaten einer weiteren Vertretung der Selbsthilfegruppe

Adresse	E-Mail	Telefon