SELBSTHILFEFÖRDERUNG GKV-SCHLESWIG-HOLSTEIN

Verwendungsnachweis (bis 500,00 EUR) über die Pauschalfördermittel gemäß § 20h SGB V für Selbsthilfegruppen für das Förderjahr _____ (Bitte Jahr eintragen!)

Rückgabefrist: 31. Januar des Folgejahres

1. Empfänger bzw. Empfängerin der Pauschalfördermittel

Name der Selbsthilfegruppe (SHG)

Ansprechperson

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Telefon

E-Mail

2. Bewilligte und verausgabte Pauschalfördermittel

Bewilligte Pauschalfördermittel in 2023 (Gesamtbetrag)	EUR	
Tatsächlich verausgabte Fördermittel	EUR	
Nicht verbrauchte Fördermittel[1]	EUR	0,00

3. Versicherung der Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben

Für den Mittelverwendungsnachweis sind die Unterschriften im Original von zwei legitimierten Vertretungen der Selbsthilfegruppe notwendig, die die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben bestätigen und sich im Falle einer Verhinderung gegenseitig vertreten.

Die Zuwendung wurde ausschließlich für gesundheitsbezogene Selbsthilfeaufgaben der Selbsthilfegruppe gemäß § 20h SGB V in Verbindung mit dem Leitfaden zur Selbsthilfeförderung sowie unter Beachtung der Allgemeinen Nebenbestimmungen und des Informationsblattes (Bestandteil des Bewilligungsschreibens) wirtschaftlich, sparsam und zweckentsprechend verwendet.

Die Krankenkassen/-verbände in Schleswig-Holstein behalten sich Stichprobenprüfungen über die ordnungsgemäße Verwendung der Zuwendung vor.

Alle mit der Zuwendung zusammenhängenden Unterlagen (Belege/ Quittungen, Verträge, etc.) sind nicht beizufügen, sondern sechs Jahre aufzubewahren. Die Selbsthilfegruppe stellt sicher, dass die Unterlagen insbesondere nach einem Ämterwechsel oder Auflösung der Selbsthilfegruppe für eine Prüfung zur Verfügung stehen.

Bei vorsätzlich falschen oder grob fahrlässigen Angaben oder bei nicht erbrachten Nachweisen, sind die Mitglieder der ARGE Selbsthilfeförderung Schleswig-Holstein berechtigt, die Zuwendung ganz oder teilweise zurückzufordern.

Dieser Verwendungsnachweis ist auch dann einzureichen, sofern sich die Selbsthilfegruppe auflöst oder keine Zuwendung im Folgejahr beantragt.

1. Vertretungsbefugte/r

Ort, Datum	Name, Vorname in Druckbuchstaben, Position in der SHG	Unterschrift

2. Vertretungsbefugte/r

Ort, Datum	Name, Vorname in Druckbuchstaben, Position in der SHG	Unterschrift

[1]Näheres zum Umgang mit nicht verausgabten Mitteln ist mit den Fördermittelgebern zu klären.