

Bankverbindung

Unsere Selbsthilfegruppe verfügt über ein eigenes Konto.

Die Überweisung der Fördermittel erfolgt ausschließlich auf ein für die Zwecke der Selbsthilfegruppe eingerichtetes, eigenständiges Konto oder auf ein Konto/Unterkonto des Gesamtverbandes, sofern dieses Konto für die jeweilige Selbsthilfegruppe angelegt wurde und die Gruppe über die volle Förderhöhe verfügen kann.

Kontoinhaber*in

Adresse

Kreditinstitut

IBAN

BIC

Unsere Selbsthilfegruppe verfügt über **kein** eigenes Konto.

Die Überweisung der Fördermittel erfolgt alternativ auf ein Unterkonto eines Girokontos, ein Sparkonto oder ein von einem Treuhänder eingerichtetes Konto.

Hierbei ist zu beachten, dass der/die Kontoinhaber*in, der/die Verfügungsberechtigte verpflichtet ist, sicherzustellen, dass die Fördermittel nur für die Zwecke der Selbsthilfe verwendet werden.

Kontoinhaber*in bzw.

Kontoverfügungsberechtigte*r:

Adresse

Kreditinstitut

IBAN

BIC

Erklärung des/der Kontoinhaber*in bzw. des/der Kontoverfügungsberechtigten

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

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber*in

Angaben zur Selbsthilfegruppe

Mit welchem Krankheitsbild befasst sich die Gruppe?

Seit wann besteht die Selbsthilfegruppe?

Hat die Selbsthilfegruppe den Status eines eingetragenen Vereins? Nein Ja

Wann trifft sich die Selbsthilfegruppe?

Wie häufig trifft sich die Selbsthilfegruppe im Jahr?

Wo trifft sich die Selbsthilfegruppe? (Ort und Adresse)

Welche Zielgruppe hat Ihre Selbsthilfegruppe? (z.B. Eltern, Angehörige etc.)

Welche Aktivitäten bietet Ihre Selbsthilfegruppe neben den regelmäßigen Treffen an?

Bestehen Aufnahmekriterien für die Selbsthilfegruppe? Nein Ja, folgende:

Werden Mitgliedsbeiträge erhoben? Nein Ja EUR im Jahr

Erhält die Selbsthilfegruppe weitere regelmäßige/kalkulierbare Zuschüsse? Nein Ja EUR im Jahr

Von wem?

Angaben zum geplanten Vorhaben

(Projekt = zeitlich begrenzte Aktivitäten, die über das normale Maß der täglichen Selbsthilfearbeit hinausgehen)

Projektname

Veranstaltungsort

Projektbeschreibung

Projektziele

Projektzielgruppe(n)

Zeitlicher Rahmen des Projektes

Das Projekt findet statt am/vom _____ bis _____ in der Zeit von _____ bis _____ Uhr.

Finanzierung des Projektes

Voraussichtliche Gesamtkosten des Projektes _____ EUR

(Einzelheiten bitte auf einem beizufügenden, differenzierten Finanzierungsplan benennen)

Einsatz Eigenmittel (Eigenleistungen, Sachmittel) _____ EUR

Einsatz Rücklagen _____ EUR

Kalkulierte Einnahmen (z. B. Teilnahmegebühren, Eintrittsgelder) _____ EUR

Finanzielle Beteiligung anderer Institutionen _____ EUR

Wenn ja, durch wen?

Voraussichtlicher Fehlbetrag _____ EUR

Beantragter Zuschuss	EUR
-----------------------------	------------

Beantragen Sie bei anderen Krankenkassen ebenfalls Mittel? Falls ja, in welcher Höhe?

Nein

Ja, bei

EUR

EUR

EUR

EUR

Der Antragsteller verpflichtet sich, die finanziellen Zuschüsse der Krankenkassen/-verbände zweckgebunden gem. § 20h SGB V zu verwenden. Die ordnungsgemäße Verwendung der Mittel ist durch entsprechende Nachweise zu belegen. Bei nicht erbrachten Nachweisen bzw. vorsätzlich falschen Angaben sind die Krankenkassen/-verbände berechtigt, die finanziellen Zuwendungen zurückzufordern bzw. die zugesagten Fördermittel nicht auszuzahlen.

Informationen der Krankenkassen/-verbände zum Datenschutz:

Die Bestimmungen zum Datenschutz insbesondere im Hinblick auf die Weitergabe personenbezogener Daten werden beachtet (Datenschutz-Grundverordnung DSGVO).

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage www.gkv-selbsthilfefoerderung-nrw.de.

Für die Antragstellung sind die Unterschriften von **zwei** legitimierten Gruppenmitgliedern notwendig, die die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben bestätigen und sich im Falle einer (krankheitsbedingten) Verhinderung gegenseitig vertreten. Die Einhaltung und Anerkennung der „Allgemeinen Nebenbestimmungen für die Beantragung und Gewährung von Fördermitteln nach § 20h SGB V“ sowie der Grundsätze zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe im Umgang mit Wirtschaftsunternehmen wird bestätigt.

Ort, Datum, ggf. Stempel

Ort, Datum, ggf. Stempel

1. Unterschrift

2. Unterschrift

Name in Druckbuchstaben

Name in Druckbuchstaben