

Kassenartenübergreifende Pauschalförderung gemäß § 20h SGB V

Antrag für die gesundheitsbezogene Selbsthilfeförderung
der **Landesorganisationen** im Land Bremen

Damit die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände über eine Förderung entscheiden können, ist die Mitwirkung des Antragstellers erforderlich. Rechtsgrundlagen für die Mitwirkung sind § 60 SGB I („Angabe von Tatsachen“) und § 66 SGB I („Folgen fehlender Mitwirkung“). Verstößt der Antragsteller gegen §§ 60 und 66 SGB I, kann dies zur Ablehnung des Antrags führen. Außerdem sind die Allgemeinen Nebenbestimmungen für die Gewährung von Fördermitteln nach § 20h SGB V im Bundesland Bremen zu berücksichtigen. Ein Rechtsanspruch auf Förderung und auf eine bestimmte Fördersumme besteht nicht.

Anträge müssen bis zum 15. Februar eines Jahres im Original eingereicht werden.

Hinweis: Das Antragsformular ist digital auszufüllen (Voraussetzung ist eine aktuelle Version von Adobe Reader). Bitte drucken Sie die ausgefüllten Formularseiten aus und übersenden diese, mit zwei Unterschriften versehen inkl. aller Anlagen, postalisch an die für Sie zuständige(n) Krankenkasse/-verband. Die Kontaktdaten, Adressen und Ansprechpartner entnehmen Sie bitte der Anlage 4

Förderjahr

1. Angaben zum/-r Antragsteller/-in

Wurde Ihre Landesorganisation durch die Bremer Krankenkassen bereits anerkannt?

Ja Nein Wenn ja, wann? (Jahr der erstmaligen Förderung) _____

Wenn nein, bitte Eigendarstellung und Kopie des Gründungsprotokolls beifügen.

Name des Förderempfängers/der Landesorganisation: _____

Anschrift: _____

(Wenn abweichend, Anschrift des Vereinssitzes laut Satzung)

Telefon: _____

E-Mail: _____ Homepage: _____

Bankverbindung:

Kontoinhaber/in: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ansprechpartner/-in der Landesorganisation bei eventuellen Rückfragen zum Antrag:

Name: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

- 2. Welche wiederkehrenden Aufgaben werden auf Landesebene in diesem Förderjahr wahrgenommen? Welche gesundheitsbezogenen Arbeitsschwerpunkte und Maßnahmen sollen mit den beantragten pauschalen Mitteln realisiert werden? (ggf. auf separatem Blatt ausführen)**

Beachten Sie hierbei auch die Hinweise zu den förderfähigen Ausgaben auf unserer Homepage <https://www.gkv-selbsthilfefoerderung-hb.de>.

- 3. Wird die Landesorganisation durch die öffentliche Hand (Land, Kommune) oder andere Institutionen gefördert?**

 Ja Nein

Höhe der Förderung

Euro

- 4. Benötigter Förderbedarf:** (gemäß Anlage 1)

Voraussichtliche Ausgaben: _____ Euro

Voraussichtliche Einnahmen (inkl. der nicht verausgabten Restmittel aus dem Vorjahr): _____ Euro

Es wird hiermit eine pauschale Förderung beantragt in Höhe von _____ Euro

Hinweis: Ab einem Förderbedarf von 750,01 Euro muss zusätzlich die Anlage 1 ausgefüllt werden.

Erklärung:

Dieser Antrag ist nur mit zwei Unterschriften von Mitgliedern der antragstellenden Landesorganisation gültig.

Hiermit erklären wir, dass wir stellvertretend für die LO die Fördermittel durch die Krankenkassen/-verbände in Empfang nehmen und unser Einverständnis mit den Allgemeinen Nebenbestimmungen für die Gewährung von Fördermitteln nach §20h SGB V im Bundesland Bremen.

Mit den Unterschriften bestätigen wir

- die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben im Antragsformular,
- die Kenntnisnahme und Einwilligung der Informationen zum Datenschutz, gemäß Allgemeine Nebenbestimmungen, sowie zur Datenverwendung, gemäß Anlage 3,
- die parteipolitische und weltanschauliche Neutralität sowie die Unabhängigkeit von wirtschaftlichen und kommerziellen Interessen, gemäß der aktuell geltenden Nebenbestimmungen,
- dass die beantragten Fördermittel zur Sicherung und/oder Weiterentwicklung der selbsthilfebezogenen Arbeit notwendig sind und nicht durch laufende Einnahmen, Rücklagen oder sonstige Eigenmittel und Zuwendungen bestritten werden können,
- dass die bewilligten Fördermittel zweckgebunden und wirtschaftlich - gemäß § 20h SGB V - verwendet werden und auf die Förderung durch die Krankenkassen in geeigneter Weise hingewiesen wird.

Ergänzende Hinweise:

Die Verwendungsnachweise der bewilligten Fördermittel sind bis zum 15.02. des Folgejahres einzureichen. Bei nicht erbrachten Nachweisen oder vorsätzlich falschen Angaben ist der Fördermittelgeber berechtigt, bereits gezahlte finanzielle Zuwendungen zurückzufordern bzw. die zugesagten Fördermittel nicht auszuzahlen.

Ein Rechtsanspruch auf eine bestimmte Fördersumme besteht nicht. Die Höhe der Förderung ist abhängig von der im Förderjahr vorhandenen Gesamtfördersumme und der Anzahl und dem Förderbedarf aller anderen Antragsteller.

Ort, Datum

1.) Rechtsverbindliche Unterschrift Antragsteller/-in (und ggf. Stempel)

Ort, Datum

2.) Rechtsverbindliche Unterschrift Antragsteller/-in (und ggf. Stempel)

Haushaltsplanung/Kalkulation des Förderbedarfs

Dieses Formblatt ist ab einem Förderbetrag von 750,01 Euro auszufüllen. Falls vorhanden, können Sie anstelle dieses Formblattes den Haushaltsplan oder die Kalkulationsunterlagen oder die sonst übliche Etat-Aufstellung Ihrer Landesorganisation beilegen.

| | | |
|--|---|-------------|
| 1. | (voraussichtliche) Ausgaben | |
| | • Miete/Nebenkosten | Euro |
| | • Personalkosten | Euro |
| | • Bürobedarf (inkl. Druckerpatronen) | Euro |
| | • Porto | Euro |
| | • Telefon/Internet (Telefonkosten max. 100,- für die Gruppenleitung) | Euro |
| | • Techn. Ausstattung wie PC und Zubehör, Drucker, techn. Geräte etc. (max. 500,-€) | Euro |
| | • Regelmäßige Ausgaben für digitale Angebote/Anwendungen (z.B. Homepage) | Euro |
| | • Regelmäßige Veranstaltungen (z. B. Mitgliederversammlung, Seminare, Fortbildungen, Fachtage)* | Euro |
| | • Öffentlichkeitsarbeit | Euro |
| | • Mitgliedsbeiträge für Dachorganisationen und Fachverbände (keine Bundesorganisation!) | Euro |
| | • Fahrtkosten | Euro |
| | • Honorare/Referenten usw. (max. 150,-€/pro Stunde, gemäß Qualifikation) | Euro |
| | • Kontoführungsgebühren, Steuerberatung u. Wirtschaftsprüfung (bezogen auf den Anteil der SH-Tätigkeit) | Euro |
| | • Versicherungen (nur Haftpflicht f. Ehrenamtliche, Veranstalterhaftpflicht, Mietsachschäden, Inventar- und Elektronikversicherung) | Euro |
| | • Sonstiges | Euro |
| | Summe | Euro |
| 2. | (voraussichtliche) Einnahmen | |
| | • Mitglieds-/Teilnehmerbeiträge | Euro |
| | • Spenden, Sponsoren | Euro |
| | • Zuschüsse | Euro |
| | • Zuschüsse öffentliche Hand | Euro |
| | • Zinsen | Euro |
| | • Rücklagen | Euro |
| | • Sonstiges | Euro |
| | • Zu berücksichtigende nicht verausgabte Restmittel des Vorjahres | Euro |
| | Summe | Euro |
| 1. | Gesamtausgaben: | Euro |
| 2. | Gesamteinnahmen: | Euro |
| Ihr Förderbedarf durch die Krankenkassen im Land Bremen | | Euro |

* Aufwendungen für regelmäßige Veranstaltungen und/oder Fortbildungen dokumentieren Sie bitte auf der nachfolgenden Seite

Voraussichtliche Aufwendungen für die folgenden regelmäßig stattfindenden Veranstaltungen/Fortbildungen*

Tagungs- und Kongressbesuche, Delegiertenversammlung, Gremiensitzungen, Fortbildungen, Gruppenleiterschulungen, Seminare von Bundes- und Landesorganisationen, Mitgliederversammlungen, Messen und Selbsthilfetage

| Titel der Veranstaltung/ Fortbildung | Ort | Anzahl der Teilnehmer | Datum (falls bekannt) | Kosten der Maßnahme (z. B. Gebühren) | Fahrt- kosten** | Übernachtungs- kosten** (ohne Verpflegung!) | Summe |
|---|------------|------------------------------|----------------------------------|---|----------------------------|--|--------------|
| | | | | € | € | € | € |
| | | | | € | € | € | € |
| | | | | € | € | € | € |
| | | | | € | € | € | € |
| | | | | € | € | € | € |
| | | | | € | € | € | € |
| | | | | € | € | € | € |
| Summe Kosten regelmäßige Maßnahmen | | | | € | € | € | *** |

Veranstaltungen/Fortbildungen, die nicht von der Bundes- oder Landesebene organisiert werden, sind über die Projektförderung zu beantragen!
Fahrtkosten zu Gruppentreffen sind nicht förderfähig!

* Regelmäßige Aktivitäten/Maßnahmen sind jährlich wiederholend, maximal jedoch alle zwei Jahre

** Fahrt-, Reisekosten (Bahnfahrt 2. Klasse) und Übernachtungskosten sind entsprechend den Vorgaben des Bremischen Reisekostengesetzes (BremRKG) förderfähig.

*** Übertrag dieser Summe in die Anlage 1-Haushaltsplanung/Kalkulation

Strukturerhebungsbogen für die Selbsthilfeorganisationen auf Landesebene

Stand der nachstehenden Angaben: (Datum) _____

Name der Landesorganisation: _____

Vorsitzender/-e: _____

ggf. Geschäftsführer/-in: _____

1. a) Gründungsjahr der Landesorganisation: _____

b) Jahr der Eintragung in das Vereinsregister: _____

c) Falls noch kein e. V., wann ist die Eintragung vorgesehen? _____

2. a) Gesamtzahl der Einzelmitglieder: _____

b) Anzahl der zugehörigen Selbsthilfegruppen im Land Bremen: _____

c) Durchschnittliche Anzahl Teilnehmende an den Gruppentreffen: _____

3. a) Tätigkeit in mehreren Bundesländern: Ja Nein

b) Erhebt Ihr Landesverband Mitgliedsbeiträge? Ja Nein

c) Wenn ja, Höhe des Mitgliedsbeitrages (im Jahr):

Mitgliedsbeiträge (auch vom Bundesverband) sind als Einnahme bei der Ermittlung des Förderbedarfs zu berücksichtigen.

4. In welchen übergeordneten Organisationen ist Ihre Landesorganisation Mitglied?

Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe e. V. (LAG Selbsthilfe)

Bremerhavener Topf e.V.

Landesverband des PARITÄTISCHEN e. V. (DPWV)

Andere Wohlfahrts-/Sozialverbände:

Sonstige (z. B. Fachgesellschaften):

5. Zahlt die LO Mitgliedsbeiträge an eine Bundesorganisation? Ja Nein

In Höhe von _____ Euro

6. Anteil der gesundheitsbezogenen Selbsthilfearbeit gemäß §20h SGB V am gesamten Tätigkeitsspektrum in Prozent? _____ %

7. Geschäftsstelle Ja Nein

a) Anzahl Mitarbeitende in Teilzeit/geringfügig beschäftigt

keine unter 1 1 bis 2 3 bis 5 6 bis 10 mehr als 10

b) Anzahl Mitarbeitende in Vollzeit

keine unter 1 1 bis 2 3 bis 5 6 bis 10 mehr als 10

8. Mit welcher Erkrankung/Behinderung befasst sich Ihre Landesorganisation?

a) Krankheitsobergruppen zum Krankheitsverzeichnis nach § 20h SGB V (bitte nur eine ankreuzen)

Herz-Kreislauf-Erkrankungen Tumorerkrankungen Organtransplantationen

Krankheiten des Skeletts, der Gelenke, der Muskeln und des Bindegewebes

Allergische und asthmatische Erkrankungen, Atemwegserkrankungen

Erkrankungen der Verdauungsorgane und des Urogenitaltraktes Lebererkrankungen

Hauterkrankungen Suchterkrankungen Krankheiten des Nervensystems

Hirnschädigungen Endokrine Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

Krankheiten des Blutes, des Immunsystems/Immundefekte Chronische Schmerzen

Krankheiten der Sinnesorgane, Hör-, Seh- und Sprachbehinderung

Infektiöse Krankheiten Psychische Erkrankungen/ Verhaltensstörungen

Angeborene Fehlbildungen/Deformitäten und Behinderung

Sonstiges: _____

b) Kurzbeschreibung der Erkrankung / Behinderung: _____

c) Selbstdarstellung der Landesorganisation:

Broschüre, Flyer o. ä. zur Selbstdarstellung der Ziele und Arbeitsschwerpunkte ist beigefügt.

d) Hat sich Ihre Landesorganisation Leitsätze zur Wahrung der Neutralität und Unabhängigkeit im Umgang mit im Wettbewerb stehenden Wirtschaftsverbänden/-unternehmen gegeben?

Ja, bitte beifügen Nein

Außerdem bitte stets beifügen

Satzung des Landesverbandes (einmalig, sonst nur bei Veränderungen)

Körperschaftssteuer/aktueller Freistellungsbescheid des Finanzamtes

letzter genehmigter Jahresabschluss

Mitteilung über die Entlastung des Vorstandes durch die Mitgliederversammlung/
Protokoll der letzten Mitgliederversammlung

Mietvertrag (einmalig, sonst nur bei Veränderungen)

Datenverwendungserklärung zum Verbleib beim Antragsteller

Wichtige Voraussetzung für die Umsetzung der Selbsthilfeförderung nach § 20 h SGB V ist die Transparenz der Förderung. Um dieses Ziel zu erreichen, sind der Informationsaustausch und eine gesicherte Datengrundlage zum Förderverfahren erforderlich. Außerdem ist es wünschenswert, dass Menschen, die an der Selbsthilfe interessiert sind, auch über die Ansprechpartner der Krankenkassen und ihrer Verbände Informationen zu Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen erhalten können.

Damit die Verwendung der entsprechenden Informationen auf rechtlich abgesicherter Basis erfolgen kann, bitten wir Sie, uns hierzu nachfolgend Ihr entsprechendes Einverständnis zu erklären:

Einverständniserklärung zur Datenverwendung

Wir willigen ein, dass die Angaben aus dem Antrag für folgende Zwecke verwendet werden dürfen:

- Dokumentation des Fördergeschehens für interne Zwecke der jeweiligen Krankenkassen und ihrer Verbände,
- Beratungen im Rahmen des gesetzlichen Förderverfahrens innerhalb der gesetzlichen Krankenkassen und ihrer Verbände sowie mit den Vertretern der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Organisationen,
- Information und Beratung der Versicherten und der interessierten Öffentlichkeit über die Art der Gruppe/Organisation, des betreffenden Krankheitsbildes, Name der Gruppe/Organisation sowie die für die Erreichbarkeit der Gruppe/Organisation erforderlichen Daten,
- Aufnahme in (E-Mail-)Adressverteiler für die Zusendung von Informationen zum Förderverfahren einschl. Anträgen (eine Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden).

**Nachweis über die Verwendung der kassenartenübergreifenden
Pauschalfördermittel für die Bremer Landesorganisationen
gemäß § 20h SGB V**

für das Förderjahr

Hinweis: Der Verwendungsnachweis gilt als Förderungsvoraussetzung für jede weitere Pauschalförderung. Belege sind sechs Jahre nach Ablauf des Jahres, in dem die Leistung erbracht wurde, aufzubewahren. Die Bremer Krankenkassen behalten sich vor, ggf. Einzelbelege einzufordern und zu prüfen.

Ab einem Förderbetrag von 750,01 Euro ist zusätzlich zu dieser Erklärung die Anlage V (<https://www.gkv-selbsthilfefoerderung-hb.de/landesorganisationen-antragsformulare/>) als ein regelhafter Verwendungsnachweis (summarische Auflistung der tatsächlichen Einnahmen und Ausgaben analog der Kalkulation des Förderbedarfs und eine Belegliste - siehe Anlage 1) vorzulegen sowie ein entsprechender Tätigkeitsbericht Ihrer Selbsthilfearbeit beizufügen.

Name der Landesorganisation:

Ansprechpartner/-in der Landesorganisation:

Telefon:

E-Mail:

Bewilligung vom

Förderbetrag:

Tatsächliche Gesamtausgaben:

Die verausgabten Fördermittel wurden entsprechend unserer (satzungsgemäßen) Verbandsarbeit verwendet.

Ort, Datum

1.) Rechtsverbindliche Unterschrift Antragsteller/-in (und ggf. Stempel)

Ort, Datum

2.) Rechtsverbindliche Unterschrift Antragsteller/-in (und ggf. Stempel)

Kontaktadressen für die Antragstellung zum Verbleib beim Antragsteller

Die kassenartenübergreifende Pauschalförderung für die Selbsthilfeorganisationen im Land Bremen wird durch folgende Krankenkassen/-verbände gewährleistet:

AOK Bremen/Bremerhaven
BKK Landesverband Mitte
IKK gesund plus
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Bremen
Knappschaft
SVLFG, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

Grundsätzlich steht es jeder Selbsthilfeorganisation frei, an welche Kasse sie die Anträge schickt. Die Pauschalanträge werden jedoch intern nach Postleitzahlen geordnet und an die zuständige Krankenkasse weitergeleitet.

Postleitzahlbereich zuständige Krankenkasse

| | |
|-----------|---|
| 0 - 28217 | AOK Bremen/Bremerhaven Ansprechpartnerin für Bremen und Bremerhaven: Astrid Gallinger Bürgermeister-Smidt-Str. 95, 28195 Bremen Telefon 0421-1761-28111 E-Mail: astrid.gallinger@hb.aok.de Internet: www.aok.de/bremen |
| ab 28218 | Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Bremen Ansprechpartner: Olaf Brockmann Am Wall 137-139, 28195 Bremen E-Mail: olaf.brockmann@tk.de Internet: www.tk.de/lv-bremen |

Auskunft und Beratung im Rahmen der kassenartenübergreifenden Pauschalförderung im Land Bremen erteilen auch:

**Netzwerk Selbsthilfe
Bremen/ Nordniedersachsen e. V.**
Ansprechpartner/-in:
Imke Boidol, Volker Donk
Faulenstr. 31, 28195 Bremen
Telefon: 04 21 - 70 45 81
Telefax: 04 21 - 70 74 72
E-Mail: info@netzwerk-selbsthilfe.com
Internet: www.netzwerk-selbsthilfe.com

**Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe
behinderter Menschen Bremen e. V. (LAGS)**
Ansprechpartner: Gerald Wagner
Waller Heerstr. 55, 28217 Bremen
Telefon: 04 21 - 387 77-14
Telefax: 04 21 - 387 77-99
E-Mail: info@lags-bremen.de
Internet: www.lags-bremen.de

Selbsthilfe Bremerhavener Topf e. V.
Ansprechpartner/-in:
Andrea von Harten, Guido Osterndorff
Dürerstraße 27, 27570 Bremerhaven
Telefon: 04 71 - 450 50
Telefax: 04 71 - 483 46 72
E-Mail: info@bremerhavener-topf.eu
Internet: www.selbsthilfe-bremerhavener-topf.de

**Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
Landesverband Bremen e. V.**
Ansprechpartnerin: Lisa Schwarzen
Außer der Schleifmühle 55-61, 28203 Bremen
Telefon: 04 21 - 791 99-13
Telefax: 04 21 - 791 99-99
E-Mail: l.schwarzen@paritaet-bremen.de
Internet: www.paritaet-bremen.de