

Kassenartenübergreifende Pauschalförderung

Antragsunterlagen für die gesundheitsbezogene Selbsthilfeförderung
der **Selbsthilfegruppen** nach §20h SGB V 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.

Das Antragsformular ist digital auszufüllen (Vorraussetzung 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

Wurden Sie bereits als Selbsthilfegruppe von den Bremer Krankenkassen anerkannt?

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

Wenn nein, bitte Eigendarstellung und Kopie des Gründungsprotokolls beifügen.

Name der Selbsthilfegruppe: _____

Anschrift (bei eingetragendem Verein dessen Sitz): _____

Telefon: _____

E-Mail: _____ Homepage: _____

Ansprechpartner/-in / Gruppenleitung (mit Anschrift und Telefonnummer, wenn abweichend zu o.a. Angaben):

Treffpunkt der Selbsthilfegruppe (mit Anschrift und Telefonnummer, wenn abweichend zu o.a. Angaben):

2. Angaben zur Selbsthilfegruppe (SHG):

Mit welchem Krankheitsbild befasst sich die SHG?

Seit wann besteht die SHG? _____ Wie viele Mitglieder hat die SHG? _____

Wie häufig finden Gruppentreffen im Jahr statt? _____

Durchschnittliche Anzahl Teilnehmende pro Gruppentreffen: _____

Ist die SHG Mitglied in einem Bundes-, Landes- oder Regionalverband? Ja Nein

Wenn ja, in welchem? _____

Werden Mitgliedsbeiträge an den Bundes-/Landes- o. Regionalverband gezahlt? Ja Nein

Wenn ja: Summe pro Kalenderjahr: _____ Euro

Besteht eine Tätigkeit der SHG in mehreren Bundesländern? Ja Nein

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

Ja Nein Höhe der Förderung _____ Euro

4. Bereits beantragte Fördermittel:

Wurden von Ihrer Selbsthilfegruppe bereits Gelder nach SGB XI (Pflegeversicherung) beantragt?

Ja Nein

Wenn ja, in welcher Höhe? _____ Euro

Wenn ja, zu welchem Zweck? _____

5. Benötigter Förderbedarf: (gemäß Anlage 1)

Bitte beschreiben Sie, wofür der pauschale Zuschuss verwendet werden soll.

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

voraussichtliche Ausgaben _____ Euro

voraussichtliche Einnahmen (inkl. nicht verausgabter 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.

6. Bankverbindung

Das Konto wird ausschließlich für die Zwecke der Selbsthilfe verwendet.

Selbsthilfegruppen, die keinem Verband (Bundes-, Landes-, oder Regionalverband) angehören

Bitte überweisen Sie die Förderung auf das für einen Treuhänder eingerichtete Konto, Unterkonto des Girokontos oder Sparkonto*:

Kontoinhaber/-in: _____

Anschrift: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____ **BIC:** _____

Selbsthilfegruppen, die eine unselbstständige Untergliederung eines rechtsfähigen Verbandes sind

Bitte überweisen Sie die Förderung auf das (Unter-) Konto des Gesamtvereins oder des Verbandes*2:

Kontoinhaber/-in: _____

Anschrift: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____ **BIC:** _____

*) der/die Verfügungsberechtigte für das Konto ist verpflichtet sicherzustellen, dass die Fördermittel nur für die Zwecke der Gruppe verwendet werden und die Selbsthilfegruppe in voller Höhe über die Fördermittel verfügen kann.

*2) dieses Konto wurde für die Untergliederung angelegt und ist für die regionale Selbsthilfegruppe in voller Höhe verfügbar.

Erklärung:**Dieser Antrag ist nur mit zwei Unterschriften von Mitgliedern der antragstellenden SHG gültig.**

Hiermit erklären wir, dass wir stellvertretend für die SHG 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)

Zusatzklärung (NUR von Selbsthilfegruppen, die in einem Bundes-, Landes- oder Regionalverband sind, zusätzlich auszufüllen)

Hiermit erklären wir, dass wir stellvertretend für die Selbsthilfegruppe die Fördermittel durch die Krankenkassen/-verbände in Empfang nehmen. Wir sind dafür verantwortlich, dass die Fördermittel ausschließlich für Zwecke der Gruppe unter Berücksichtigung der Förderrichtlinien sowie der gemeinnützigkeitsrechtlichen Regelungen und der satzungsmäßigen Ziele des Gesamtvereins verwendet werden.

Ort, Datum

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

Ort, Datum

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

Diesem Antrag sind beigelegt:

Selbstdarstellung der SHG

ggf. Presseartikel

ggf. Flyer/Handzettel

ggf. Satzung der SHG

Sonstiges

Wir verfügen über keine Materialien

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)	Fahrtkosten**	Übernachtungskosten** (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

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 Pauschalmittel für die örtlichen Selbsthilfegruppen gemäß § 20h SGB V für das Förderjahr

Hinweis: Ein Verwendungsnachweis gilt als Förderungsvoraussetzung für jede weitere Pauschal-
förderung. Belege sind sechs Jahre aufzubewahren. Die Bremer Krankenkassen behalten
sich vor, ggf. Einzelbelege einzufordern und zu prüfen.

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

Name der Selbsthilfegruppe:

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Ansprechpartner/-in / Gruppenleitung (mit Anschrift und Telefonnummer, wenn abweichend zu o. a. Angaben):

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

Bewilligungsschreiben vom: _____

Förderbetrag: _____ Euro

Tatsächliche Gesamtausgaben: _____ Euro

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 Selbsthilfegruppen 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 Selbsthilfegruppe frei, an welche Kasse sie die Anträge schickt. Die Pauschalanträge werden jedoch intern nach Postleitzahlen geordnet und an die zuständige Krankenkasse weitergeleitet.

Postleitzahlenbereich zuständige Krankenkasse

- 0 - 28217** **AOK Bremen/Bremerhaven**
Ansprechpartnerin für Bremen und Bremerhaven: Astrid Gallinger
Bürgermeister-Smidt-Str. 95, 28195 Bremen
Telefon 0421-1761-01234
E-Mail: astrid.gallinger@hb.aok.de
Internet: www.aok.de/bremen
- 28218 - 28259** **BARMER Landesgeschäftsstelle Niedersachsen/Bremen**
Ansprechpartner: Luka Richter
Goseriede 4 (Gebäude C) 30159 Hannover
Telefon 0800-333004 654 418
E-Mail: luka.richter@barmer.de
Internet: www.barmer.de
- 28260 – 28332** **Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Bremen**
Ansprechpartnerin: Birgit Tillmann
Martinistraße 34, 28195 Bremen
Telefon 04 21 - 165 65-84
E-Mail: birgit.tillmann@vdek.com
Internet: www.vdek.com
- 28333 – 28779** **hkk Krankenkasse**
Ansprechpartnerin: Fiona Borchers
Martinistraße 26 28195 Bremen
Telefon 04 21 - 36 55-13 14
E-Mail: fiona.borchers@hkk.de
Internet: www.hkk.de
- ab 28780** **DAK - Gesundheit Regionalzentrum Bremen**
Ansprechpartner: Jacinto Salguero Moronta
Am Wall 128-134, 28195 Bremen
Telefon 04 21 - 42 70 85-0
E-Mail: jacinto.salguero-moronta@dak.de
Internet: www.dak.de

Zum Verbleib beim Antragsteller

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

Selbsthilfe Bremerhavener Topf e. V.

Ansprechpartner/-in
Andrea von Harten, Guido Osterndorff
Dürerstraße 27, 27570 Bremerhaven
Telefon 04 71 - 45 05 0
Telefax 04 71 - 483 46 72
E-Mail: info@bremerhavener-topf.eu
Internet: www.selbsthilfe-bremerhavener-topf.de

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

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Landesverband Bremen e. V.

Ansprechpartnerin:
Lisa Schwarzien
Außer der Schleifmühle 55-61, 28203 Bremen
Telefon 04 21 - 791 99-13
Telefax 04 21 - 791 99-99
E-Mail: l.schwarzien@paritaet-bremen.de
Internet: www.paritaet-bremen.de