Krankenkassenindividuelle Projektförderung

Antragsunterlagen für die gesundheitsbezogene
Selbsthilfeförderung 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.

Hinweise:
Um eine rechtzeitige Bearbeitung Ihres Antrages zu gewährleisten, empfehlen wir, den Antrag bis spätestens einen Monat vor Projektbeginn einzureichen. Bitte beachten Sie ebenso die Erläuterungen in der Informations- und Ausfüllhilfe.

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 3.

Antrag Projektförderung für das Förderjahr

Bitte wählen

bei folgender **Krankenkasse:** _____

Es handelt sich um eine

- ☐ örtliche/regionale Selbsthilfegruppe (SHG)
- ☐ Landesorganisation (LO)
- ☐ Kontaktstelle (KST)

1. Angaben zum/-r Antragsteller/-in:

Name der SHG/LO/KST: _____

Anschrift: _____
(bei eingetragenem Verein dessen Sitz)

Telefon: _____

E-Mail: _____

Homepage: _____

Ansprechpartner/-in für Rückfragen zum Antrag:
(mit Anschrift und Telefonnummer, wenn abweichend zu o.a. Angaben)

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Angaben zur SHG/LO/KST:

Wurde die SHG/LO/KST bereits durch die Bremer Krankenkassen anerkannt?

☒ Ja ☐ Nein

wenn nein, bitte Eigendarstellung und Kopie des Gründungsprotokolls beifügen.

Anzahl der Teilnehmenden/Mitglieder Ihrer SHG/LO/KST:

2. Bankverbindung

☐ Das Konto wird ausschließlich für die Zwecke der Selbsthilfe verwendet.

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

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

Kontoinhaber: _____

Anschrift: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____ **BIC:** _____

Selbsthilfegruppen/Landesorganisationen, die eine unselbstständige Untergliederung eines rechtsfähigen Verbandes sind

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

Kontoinhaber: _____

Anschrift: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____ **BIC:** _____

*) der Verfügungsberechtigte für das Konto ist verpflichtet sicherzustellen, dass die Fördermittel nur für die Zwecke der Gruppe verwendet werden und die SHG/LO in voller Höhe über die Fördermittel verfügen kann. Der Antrag auf Fördermittel muss von zwei Mitgliedern der SHG/LO unterzeichnet werden.

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

3. Projektbeschreibung/Konzept (ggf. auf separatem Blatt ausführen)

Projektname: _____

Veranstaltungsort: _____

Projektbeschreibung: _____

Ziele des Projektes: _____

Zielgruppe des Projektes: _____

Projektbeteiligte/Kooperationspartner: _____

Projektanfang: _____ **Projektende:** _____

Wie soll die Nachhaltigkeit des Projektes gesichert werden?

4. Wurden/werden weitere Fördermittel bei anderen Krankenkassen/Institutionen/Unternehmen für das Projekt beantragt?

☒ Nein ☐ Ja, und zwar bei

☐ Öffentliche Hand (z.B. Land, Kommune) _____ Euro

☐ Pflegekasse _____ Euro

☐ Rentenversicherungsträger _____ Euro

☐ Unfallversicherungsträger _____ Euro

☐ Private Krankenversicherung _____ Euro

☐ Landes-/Bundesverband (bei Mitgliedschaft) _____ Euro

☐ Wirtschaftsunternehmen _____ Euro
(z. B. Pharmaunternehmen, Medizinproduktehersteller)

☐ Sonstige _____ Euro

Name des Fördermittelgebers	**Förderbetrag**
	Euro
	Euro
	Euro

Wurde bereits ein gleichnamiges und/oder gleichartiges Projekt Ihrer SHG/LO/KST gefördert?

☐ Nein ☐ Ja

wenn ja, wann: _____ von wem? _____

In welcher Höhe wurden in diesem Jahr pauschale Fördermittel im Rahmen der kassenartenübergreifenden Pauschalförderung beantragt? _____ Euro

davon ggf. bewilligt: _____ Euro

(voraussichtliche) **Ausgaben** des Projektes z.B. Miete/Raumkosten, Honorare, Fahrt- und Übernachtungskosten[1] (ohne Verpflegung), Öffentlichkeitsarbeit etc. – ggf. Kostenvoranschläge beifügen.
Bitte beachten Sie die Erläuterungen zu den Ausgaben/Einnahmen in der Informations- und Ausfüllhilfe.
Technische Geräte sind bis max. 500,-€, Honorare für Referent:innen bis max. 150,-€ pro Stunde förderfähig

1.		Euro
2.		Euro
3.		Euro
4.		Euro
5.		Euro
6.		Euro
7.		Euro
8.		Euro
	Summe	0,00 **Euro**

(voraussichtliche) **Einnahmen** des Projektes z.B. Zuwendungen anderer Fördermittelgeber, Spenden, Teilnahmegebühren, Rücklagen etc.

1.		Euro
2.		Euro
3.		Euro
4.		Euro
5.		Euro
6.		Euro
	Summe	0,00 **Euro**

Gesamtkosten des Projektes	0,00 **Euro**
Gesamteinnahmen des Projektes (inkl. beantragte Mittel bei anderen Förderern)	0,00 **Euro**
Zwischensumme	0,00 Euro
abzüglich mindestens 10% Eigenanteil[2]	Euro
Höhe der beantragten Projektförderung	0,00 **Euro**

[1] Fahrt-, Reisekosten (Bahnfahrt 2. Klasse) sind entsprechend den Vorgaben des Bremischen Reisekostengesetzes (BremRKG) förderfähig
[2] Hier keine Verwendung der Mittel aus der Pauschalförderung

Erklärung:
Dieser Antrag ist nur mit zwei Unterschriften von Mitgliedern der antragstellenden SHG/LO/KST gültig.
Hiermit erklären wir, dass wir stellvertretend für die SHG/LO/KST 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 und zur Datenverwendung, gemäß Anlage 2,
- 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 keine gleichlautende Beantragung von Fördermitteln für in diesem Antrag aufgeführte Ausgaben im Rahmen der Pauschalförderung vorgenommen wurden,
- 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 15.12. des Förderjahres 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	Name in Druckbuchstaben	1.) Rechtsverbindliche Unterschrift Antragsteller / -in (und ggf. Stempel)
Ort, Datum	Name in Druckbuchstaben	2.) Rechtsverbindliche Unterschrift Antragsteller / -in (und ggf. Stempel)

Informationen zum Datenschutz

Anlage 2

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 Informationsausausch 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[3]

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 (falls nicht gewünscht, bitte streichen; eine Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden)

Weitere Informationen zum Datenschutz, zu den Datenschutzbeauftragten und zu Ihren Rechten nach Art. 13. DSGVO erhalten Sie auf der Internetseite der jeweiligen Krankenkasse bzw. des jeweiligen Krankenkassenverbandes.

[3] Die Erklärung ist Bestandteil des Förderantrags. Mit der Unterschrift unter dem Förderantrag nimmt der/die Antragsteller/-in die Informationen zum Datenschutz zur Kenntnis

Kontaktadressen für die Antragstellung

Anlage 3

zum Verbleib beim Antragsteller!

Grundsätzlich steht es jeder Selbsthilfegruppe/Landesorganisation/Kontaktstelle frei, an welche Kasse sie die Anträge schickt. Die Projektanträge werden jedoch intern nach Postleitzahlen geordnet und an die zuständige Krankenkasse weitergeleitet.

Postleitzahlenbereich		**zuständige Krankenkasse**
0 bis 28217	lokale Selbsthilfegruppen und Landesorganisationen	**AOK Bremen/Bremerhaven** Ansprechpartnerin für Bremen und Bremerhaven: Astrid Gallinger Bürgermeister-Smidt-Str. 95 28195 Bremen Telefon 04 21 - 1761-01234 E-Mail: astrid.gallinger@hb.aok.de Internet: www.aok.de/bremen
28218 - 28259	lokale Selbsthilfegruppen	**BARMER Landesgeschäftsstelle Niedersachsen/Bremen** Ansprechpartner: Luka Richter Goseriede 4 (Gebäude C) 30159 Hannover Telefon 0800-333 004 654-418 E-Mail: luka.richter@barmer.de Internet: www.barmer.de
28260 – 28332	lokale Selbsthilfegruppen	**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	lokale Selbsthilfegruppen	**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	lokale Selbsthilfegruppen	**DAK - Gesundheit Servicezentrum Rotenburg (Wümme)** Ansprechpartner: Reiner Sterna Goethestr. 10 27356 Rotenburg (Wümme) Telefon 042 61 - 840 200 E-Mail: reiner.sterna@dak.de Internet: www.dak.de
ab 28218	Landesorganisationen	**Techniker Krankenkasse** Landesvertretung Bremen Ansprechpartner: Olaf Brockmann Postfach 28 61 55 28361 Bremen Telefon 04 21 - 305 05-410 E-Mail: olaf.brockmann@tk.de Internet: www.tk.de/lv-bremen

Auskunft und Beratung 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 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