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 der antragstellenden Selbsthilfegruppe (SHG) erforderlich. Rechtsgrundlagen für die Mitwirkung sind § 60 SGB I („Angabe von Tatsachen") und § 66 SGB I („Folgen fehlender Mitwirkung"). Verstößt die SHG 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.
Die Kontaktdaten, Adressen und Ansprechperson entnehmen Sie bitte der Anlage 4.

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.

Förderjahr Bitte wählen

Checkliste zur Prüfung für die antragstellende SHG:

- ☐ der Antrag ist vollständig ausgefüllt
- ☐ der Antrag enthält zwei Unterschriften im Original
- ☐ die Informations- und Ausfüllhilfe wurde zur Kenntnis genommen/genutzt
- ☐ der Antrag enthält einen Verwendungsnachweis (für das Vorjahr)

Diesem Antrag sind beigelegt:

- ☐ Selbstdarstellung der SHG
- ☐ ggf. Flyer/Handzettel
- ☐ Sonstiges
- ☐ ggf. Presseartikel
- ☐ ggf. Satzung der SHG
- ☐ Wir verfügen über keine Materialien

1. Angaben zum/-r Antragsteller/-in

Wurden Sie bereits als Selbsthilfegruppe von den Bremer Krankenkassen gefördert?

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

Wenn nein, bitte Eigendarstellung und Kopie des Gründungsprotokolls beifügen.

Name der Selbsthilfegruppe: _____

Anschrift (bei eingetragenem 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 welcher Erkrankung/Behinderung befasst sich die SHG?
Bitte nur eine Möglichkeit im Dropdownmenü ankreuzen oder entsprechend Informations- und Ausfüllhilfe eintragen.

Bitte auswählen

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?

☐ Nein ☐ Ja

Falls ja

Name des Fördermittelgebers	**Förderbetrag**
_____	_____ Euro
_____	_____ Euro
_____	_____ Euro

Was wurde beantragt bzw. gefördert? _____

_____

4. Bereits beantragte Fördermittel:
Wurden von Ihrer Selbsthilfegruppe bereits Gelder nach SGB XI (Pflegeversicherung) beantragt?

☐ Ja ☐ Nein Höhe der Förderung: _____ Euro

Was wurde beantragt bzw. gefördert? _____

_____

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 sowie die ebenfalls dort hinterlegte Informations- und Ausfüllanleitung.

_____

_____

_____

_____

_____

voraussichtliche Ausgaben _____ Euro

voraussichtliche Einnahmen (inkl. nicht verausgabter Restmittel aus dem Vorjahr) _____ Euro

Es wird hiermit eine pauschale Förderung beantragt in Höhe von: 0,00 Euro

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

6. Bankverbindung

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

<u>Selbsthilfegruppen, die keinem Verband (Bundes-, Landes-, oder Regionalverband) angehören</u>

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

Der/die Verfügungsberechtigte für das Konto ist verpflichtet sicherzustellen, dass die Fördermittel nur für die Zwecke der Gruppe verwendet werden. Die Fördermittel stehen in voller Höhe der SHG zur Verfügung.

Kontoinhaber/-in: _____

Anschrift: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____ **BIC:** _____

<u>Selbsthilfegruppen, die eine unselbstständige Untergliederung eines rechtsfähigen Verbandes sind</u>

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

Kontoinhaber/-in: _____

Anschrift: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____ **BIC:** _____

Zusatzerklärung (NUR von Selbsthilfegruppen, die in einem Bundes-, Landes- oder Regionalverband sind, zusätzlich auszufüllen)
Hiermit erklären wir, dass wir stellvertretend für die SHG die Fördermittel der 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	Name in Druckbuchstaben	1.) Rechtsverbindliche Unterschrift Antragsteller / -in (und ggf. Stempel)
Ort, Datum	Name in Druckbuchstaben	2.) Rechtsverbindliche Unterschrift Antragsteller / -in (und ggf. Stempel)

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. SHG, die einem Verband angehören, erklären hiermit, dass die Fördermittel ausschließlich der Gruppe zur Verfügung stehen.

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 2,

- die parteipolitische und weltanschauliche Neutralität sowie die Unabhängigkeit von wirtschaftlichen und kommerziellen Interessen, gemäß der aktuell geltenden Nebenbestimmungen (zu finden unter Antragsformulare – GKV Selbsthilfeförderung Bremen),

- 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	Name in Druckbuchstaben	1.) Rechtsverbindliche Unterschrift Antragsteller / -in (und ggf. Stempel)
Ort, Datum	Name in Druckbuchstaben	2.) Rechtsverbindliche Unterschrift Antragsteller / -in (und ggf. Stempel)

* Die Unterschriften erfolgen durch die Gruppenleitung und deren Stellvertretung. Diese sollten nicht in häuslicher Gemeinschaft leben und/oder miteinander verwandt sein.

Haushaltsplanung/Kalkulation des Förderbedarfs

Dieses Formblatt ist ab einem Förderbetrag von 750,01 Euro auszufüllen. **Bitte beachten Sie die Erläuterung zu den einzelnen Ausgaben/Einnahmen in der Informations- und Ausfüllhilfe.**

1.	**(voraussichtliche) Ausgaben**	
	· Miete/Nebenkosten	Euro
	· Bürobedarf und Porto (inkl. Druckerpatronen)	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 externe 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/Wirtschaftprüfung und Rechtsberatung (bezogen auf den Anteil der SH-Tätigkeit)	Euro
	· Versicherungen (nur Haftpflicht f. Ehrenamtliche, Veranstalterhaftpflicht, Mietsachschäden, Inventar- und Elektronikversicherung)	Euro
	· Sonstiges	Euro
	Summe	**0,00 Euro**
2.	**(voraussichtliche) Einnahmen**	
	· Mitglieds-/Teilnehmerbeiträge	Euro
	· Spenden, Sponsoren	Euro
	· Förderungen durch die öffentliche Hand	Euro
	· Freie Rücklagen	Euro
	· Zinsen	Euro
	· Sonstiges	Euro
	· Zu berücksichtigende nicht verausgabte Restmittel des Vorjahres	Euro
	Summe	**0,00 Euro**
1. Gesamtausgaben:		0,00 Euro
2. Gesamteinnahmen:		0,00 Euro
Ihr Finanzierungsbedarf durch die Krankenkassen im Land Bremen		**0,00 Euro**

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

Voraussichtliche Aufwendungen für die folgenden regelmäßig extern 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**
				€	€	€	0,00 €
				€	€	€	0,00 €
				€	€	€	0,00 €
				€	€	€	0,00 €
				€	€	€	0,00 €
				€	€	€	0,00 €
				€	€	€	0,00 €
Summe Kosten regelmäßige Maßnahmen				0,00 €	0,00 €	0,00 €	*** 0,00 €

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

* 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 unter regelmäßige externe Veranstaltungen

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 Bitte wählen

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

Bei einem Förderbetrag bis 750,00 Euro muss dieser einfache Nachweis ausgefüllt werden. Ab 750,01 Euro ist stattdessen die separate Anlage 5 (https://www.gkv-selbsthilfefoerderung-hb.de) 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	Name in Druckbuchstaben	1.) Rechtsverbindliche Unterschrift Antragsteller / -in (und ggf. Stempel)
Ort, Datum	Name in Druckbuchstaben	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 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

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