

Kooperationsgemeinschaft Selbsthilfeförderung der GKV in Sachsen-Anhalt

Antragsformular für Landesorganisationen für das Förderjahr 2024

**Kooperationsgemeinschaft
Selbsthilfeförderung der GKV in
Sachsen-Anhalt**

AOK Sachsen-Anhalt
0.2.3 FB Prävention
Gerriet Schröder
39084 Magdeburg

AOK Sachsen-Anhalt

BKK Landesverband Mitte

KNAPPSCHAFT

IKK gesund plus

Sozialversicherung der Landwirte, Forsten und
Gartenbau (SVLFG) als LKK

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Damit die gesetzlichen Krankenkassen über eine Förderung entscheiden können, ist Ihre Mitwirkung nach § 60 SGB I erforderlich. Die folgenden Angaben werden für die ordnungsgemäße Bearbeitung Ihres Antrages auf Förderung nach § 20h SGB V benötigt.

Reichen Sie deshalb den Antrag mit den erforderlichen Anlagen nur vollständig ausgefüllt und unterschrieben ein. Änderungen im Antragsvordruck durch die Antragsteller sind nicht zulässig.

Um die Förderfähigkeit einer Landesorganisation im Sinne des Leitfadens Selbsthilfeförderung feststellen zu können, fügen Sie bitte die unter Ziffer 16 aufgeführten Anlagen bei.

Eine fehlende Mitwirkung, ein unvollständiger Antrag oder fehlende Anlagen können zur Ablehnung führen. Bitte beachten Sie, dass der Antrag bis **31. Dezember 2023** vorliegen muss.

Angaben zum Landesverband

- (1) Name des Landesverbandes:
- (2) Anschrift des Landesverbandes:
- (3) Telefon: (4) Fax:
- (5) E-Mail: (6) Internet:
- (7) vertretungsberechtigter Ansprechpartner:
- (8) Gründungsjahr: (9) Eintrag in das Verbandsregister:
- (10) Mit welchem Krankheitsbild laut Leitfaden Selbsthilfeförderung befasst sich der Landesverband?
- (11) Wie viele Einzelmitglieder hat der Landesverband?
- (12) Wie viele Selbsthilfegruppen, die nach Punkt A.2.2 und Punkt A.5.3 des Leitfadens förderfähig wären, betreut der Landesverband?
- (13) Erhebt der Verband eigene Mitgliedsbeiträge? Ja, nämlich: Euro pro Monat
 pro Jahr
 Nein, bitte Mitgliedsbeiträge ausweisen, die von ihrer Bundesorganisation zugewiesen werden Euro pro Monat
 pro Jahr
- (14) Anzahl der hauptamtlichen Planstellen: Vollzeitstellen
Teilzeitstellen
keine
- (15) Mitgliedschaft in Dachorganisationen: DPVV Bundesverband
 keine andere:

- (16) Folgende Anlagen liegen dem Antrag bei:
- | | | | |
|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | aktuelle Satzung | <input type="checkbox"/> | Freistellungsbescheid |
| <input type="checkbox"/> | Haushaltsplan für das Antragsjahr | <input type="checkbox"/> | letzter genehmigter Jahresabschluss |
| <input type="checkbox"/> | Anlage 1 - Datenverwendungserklärung | | |

Geplante Verwendung der beantragten Fördermittel

- (17) Der Landesverband beantragt eine Förderung von _____ Euro.
- (18) Wofür soll die Förderung verwendet werden?

Bitte führen Sie auf, wie Sie die beantragte Förderung verwenden wollen. Sie können mehrere Punkte angeben oder Positionen überspringen.

- | | | |
|------|--|------|
| (19) | <input type="checkbox"/> Raum- und Mietkosten: | Euro |
| (20) | <input type="checkbox"/> Büroausstattung und Sachkosten: | Euro |
| (21) | <input type="checkbox"/> Öffentlichkeitsarbeit: | Euro |
| (22) | <input type="checkbox"/> Pflege des Internet-Auftrittes / der Webseite: | Euro |
| (23) | <input type="checkbox"/> Mitgliederzeitschriften: | Euro |
| (24) | <input type="checkbox"/> Weiterbildungen / Schulungen des Verbandspersonals: | Euro |
| (25) | <input type="checkbox"/> Teilnahme an Fachtagungen: | Euro |
| (26) | <input type="checkbox"/> satzungsgemäße Gremiensitzungen: | Euro |
| (27) | <input type="checkbox"/> eigene Veranstaltungen: | Euro |
| (28) | <input type="checkbox"/> anteilige Personalkosten: | Euro |
| (29) | <input type="checkbox"/> weitere Ausgaben: | Euro |
|
 | | |
| (30) | Summe der Gesamtausgaben: | Euro |

Fördermittel der Gesetzlichen Pflegeversicherung nach § 45d SGB XI

- (31) Wurden bei der Gesetzlichen Pflegeversicherung Mittel beantragt? Ja Nein
- (32) Falls Ja: Für welche Aktivitäten soll diese Förderung verwendet werden?

Voraussichtliche Einnahmen

Bitte geben Sie an, ob und, wenn ja, welche zusätzlichen Einnahmen dem Landesverband voraussichtlich zur Verfügung stehen werden oder beantragt sind

- (33) Keine weiteren Einnahmen
- (34) Kommunale Mittel (Stadt, Gemeinde oder Landkreis) Euro
- (35) Rentenversicherung Euro
- (36) Unfallversicherung oder Berufsgenossenschaften Euro
- (37) Spenden oder Sponsorengelder (auch Pharmaindustrie) Euro
- (38) Mitgliedsbeiträge Euro
- (39) Betriebsmittel Euro
- (40) Sonstige Zuschüsse: Euro

Bankverbindung

- (41) Kontoinhaber:
- (42) Name der Bank:
- (43) IBAN:

Transparenz

(44) Die Fördermittelempfänger sind verpflichtet, Transparenz über die von den Krankenkassen/-verbänden erhaltenen Mittel herzustellen. Aus diesem Grund müssen sie die erhaltenen Förderbeträge auf der Homepage der Landesorganisation veröffentlichen.

Die Veröffentlichung erfolgte unter folgendem Link:

Mit der Unterschrift bestätigen die Antragsteller, dass alle Angaben wahrheitsgemäß erfolgt sind und dass die Grundsätze der Erklärung zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit gemäß § 20h SGB V eingehalten werden. Weiterhin wird die Einwilligung zur Erfassung der Daten zur Abwicklung des Förderverfahrens erteilt. Die Antragsteller verpflichten sich, die Vorgaben des Leitfadens Selbsthilfeförderung sowie die Allgemeinen Nebenbestimmungen zu befolgen. Den Antragstellern ist bekannt, dass die Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfeförderung der GKV in Sachsen-Anhalt bei Verstößen die Förderung ganz oder teilweise zurückfordern kann.

Die Antragsteller bestätigt weiterhin, dass die Antragstellung bei der Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfeförderung zur Sicherung der selbsthilfebezogenen Arbeit notwendig ist und die beantragte Summe nicht aus anderen Titeln, wie etwa laufende Einnahmen, Rückstellungen, Rücklagen oder sonstigen Eigenmitteln oder Zuwendungen, bereit gestellt werden kann.

Ort, Datum

rechtsverbindliche Unterschrift

Anlage 1 - Datenverwendungserklärung

Wichtige Voraussetzung zur besseren Umsetzung der Selbsthilfeförderung nach § 20 h SGB V ist eine größere Transparenz der Förderung. Um dieses Ziel zu erreichen, bedarf es eines verbesserten Informationsaustausches und einer gesicherten Datengrundlage zum Förderverfahren. Damit die weitergehende Verwendung der entsprechenden Informationen auf rechtlich abgesicherter Basis erfolgen kann, benötigen wir eine entsprechende Einverständniserklärung. Wir möchten Sie bitten, uns nachfolgend Ihr entsprechendes Einverständnis zu erklären:

Einverständniserklärung zur weitergehenden Datenverwendung:

Wir willigen ein, dass die Angaben aus dem Antrag zusätzlich 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 Art der Organisation, betroffenes Krankheitsbild, Name der Organisation, sowie die für die Erreichbarkeit der Organisation erforderlichen Daten
- Mit der Veröffentlichung auf den Internetseiten der beteiligten Krankenkassenverbände bin ich einverstanden (Angaben sind freiwillig und keine Fördervoraussetzung):
Ja Nein

Wir willigen in diese weitergehende Datenverwendung ein:

Ort, Datum

rechtsverbindliche Unterschrift