

**Antrag**  
**auf Projektförderung gemäß § 20h SGB V**  
für örtliche Gruppen der Gesundheitsselbsthilfe für das Jahr 2023

Hinweis: Zuschüsse für Tagungen, Veranstaltungen, Seminare, Fortbildungen, etc. müssen mit dem Antrag auf Pauschalförderung Teil II beantragt werden.

**Name der Selbsthilfegruppe**

  

vollständige Adresse

  
  

Einzugsbereich

Internetadresse

Zugehörigkeit zu einem Bundes-,  
Landes- oder Regionalverband

nein  ja:

Anzahl der Personen, die durchschnittlich regelmäßig an den Treffen der  
Gruppen teilnehmen:

**An wen können wir uns bei Fragen wenden?**

Ansprechpartner/in

Anschrift

  
  

Telefon (tagsüber erreichbar)

E-Mail

**An welche Adresse soll der Bescheid gesandt werden?**

Name

Anschrift



## Angaben zur Selbsthilfegruppe

Mit welchem Krankheitsbild befasst sich die Gruppe?

Seit wann besteht die Selbsthilfegruppe?

Hat die Selbsthilfegruppe den Status eines eingetragenen Vereins?  ja  nein

Wann trifft sich die Selbsthilfegruppe?

Wie häufig trifft sich die Selbsthilfegruppe im Jahr?

Wo trifft sich die Selbsthilfegruppe? (Ort und Adresse)

Welche Zielgruppe hat Ihre Selbsthilfegruppe? (z. B. Eltern, Angehörige, etc.)

Welche Aktivitäten bietet Ihre Selbsthilfegruppe neben den regelmäßigen Treffen an?

Bestehen Aufnahmekriterien für die Selbsthilfegruppe?  nein  ja, folgende:

Werden Mitgliedsbeiträge erhoben?

nein

ja

EUR im Jahr

Erhält die Selbsthilfegruppe weitere regelmäßige / kalkulierbare Zuschüsse?

nein

ja

EUR im Jahr

Von wem?

## Angaben zum geplanten Vorhaben

(Projekt = zeitlich begrenzte Aktivitäten, die über das normale Maß der täglichen Selbsthilfearbeit hinausgehen)

Projektname

  

Veranstaltungsort

  

Projektbeschreibung

  

Projektziele

  

Projektzielgruppe/n

  

Das Projekt findet statt am / vom  
in der Zeit von (Uhrzeit)

  

bis zum  
bis

  

## Finanzierung des Projektes

Voraussichtliche Gesamtkosten des Projektes (Einzelheiten bitte auf  
einem beizufügenden, differenzierten Finanzierungsplan benennen)

Einsatz Eigenmittel (Eigenleistungen, Sachmittel)

./.

EUR

Einsatz Rücklagen

./.

EUR

Kalkulierte Einnahmen (z. B. Teilnahmegebühren, Eintrittsgelder)

./.

EUR

Finanzielle Beteiligung anderer Institutionen

./.

EUR

Wenn ja, durch wen?

Voraussichtlicher Fehlbetrag

EUR

**Beantragter Zuschuss**

EUR

Beantragen Sie bei anderen Krankenkassen ebenfalls Mittel und falls ja, in welcher Höhe?

nein

ja, bei

		EUR
		EUR
		EUR
		EUR

Der Antragsteller verpflichtet sich, die finanziellen Zuschüsse der Krankenkassen / -verbände zweckgebunden gem. § 20h SGB V zu verwenden. Die ordnungsgemäße Verwendung der Mittel ist durch entsprechende Nachweise zu belegen. Bei nicht erbrachten Nachweisen bzw. vorsätzlich falschen Angaben sind die Krankenkassen / -verbände berechtigt, die finanziellen Zuwendungen zurückzufordern bzw. die zugesagten Fördermittel nicht auszuzahlen.

#### Informationen zum Datenschutz:

Die Bestimmungen zum Datenschutz insbesondere im Hinblick auf die Weitergabe personenbezogener Daten werden beachtet (Datenschutz-Grundverordnung DSGVO).

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage [www.continentale-bkk.de](http://www.continentale-bkk.de)

Für die Antragstellung sind die Unterschriften von zwei befugten Gruppenmitgliedern notwendig, die die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben bestätigen und sich im Falle einer (krankheitsbedingten) Verhinderung gegenseitig vertreten. Die Einhaltung und Anerkennung der „allgemeinen Nebenbestimmungen für die Beantragung und Gewährung von Fördermitteln nach § 20h SGB V“ sowie die Grundsätze zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe im Umgang mit Wirtschaftsunternehmen wird bestätigt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
ggf. Stempel, Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
ggf. Stempel, Unterschrift