



**Antrag  
auf Projektförderung  
gemäß § 20h SGB V  
für örtliche Gruppen der Gesundheitsselbsthilfe in  
NRW für das Jahr 2021**

**Hinweis: Zuschüsse für Tagungen, Veranstaltungen, Seminare, Fortbildungen, etc müssen  
mit dem Antrag auf Pauschalförderung Teil II (Antragsfrist 31.03.) beantragt werden.**

## - Projektförderung -

**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 Gruppe  
teilnehmen.

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

Name Ansprechpartner/in

Anschrift

Telefon (**tagsüber** erreichbar)

E-Mail

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

Name

Anschrift

## Bankverbindung

**Unsere Selbsthilfegruppe verfügt über ein eigenes Konto**

Die Überweisung der Fördermittel erfolgt ausschließlich auf ein für die Zwecke der Selbsthilfegruppe eingerichtetes, eigenständiges Konto oder auf ein Konto/Unterkonto des Gesamtverbandes, sofern dieses Konto für die jeweilige Selbsthilfegruppe angelegt wurde und die Gruppe über die volle Förderhöhe verfügen kann.

Kontoinhaber/in

Anschrift

IBAN

bei

BIC

**Unsere Selbsthilfegruppe verfügt über kein eigenes Konto**

Die Überweisung der Fördermittel erfolgt **alternativ** auf ein Unterkonto eines Girokontos, ein Sparkonto oder ein von einem Treuhänder eingerichtetes Konto.

**Hierbei ist zu beachten, dass der/die Kontoinhaber/in, der/die Verfügungsberechtigte verpflichtet ist, sicherzustellen, dass die Fördermittel nur für die Zwecke der Selbsthilfe verwendet werden.**

Kontoinhaber/in bzw. Verfügungsberechtigte/r

Anschrift

IBAN

Sparbuch

bei

BIC

### Erklärung des/der Kontoinhabers/in bzw. des/der Verfügungsberechtigten

Hiermit erkläre ich, dass ich stellvertretend für die Selbsthilfegruppe die Fördermittel durch die Krankenkasse in Empfang nehme. Ich bin verantwortlich für die ordnungsgemäße Verwendung der Fördermittel sowie für die Ausstellung und Zusendung des entsprechenden Verwendungsnachweises.

Ort, Datum

Unterschrift (Verfügungsberechtigte/r der Selbsthilfegruppe)

## 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

**Zeitlicher Rahmen des Projektes**

Das Projekt findet am/vom	bis zum	Datum
in der Zeit von	Uhr bis	Uhr statt.

**Finanzierung des Projektes**

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

**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 der Krankenkassen/-verbände 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.gkv-selbsthilfeloerderung-nrw.de](http://www.gkv-selbsthilfeloerderung-nrw.de)

Für die Antragstellung sind die Unterschriften von zwei befugten Gruppenmitgliedern notwendig, die die Richtigkeit der Angaben bestätigen und sich im Falle einer (krankheitsbedingten) Verhinderung gegenseitig vertreten.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. Stempel)

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. Stempel)