

ARGE Selbsthilfeförderung Mecklenburg-Vorpommern

Ende der Antragsfrist: 31.12.2018

Kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung

nach § 20h SGB V

Antragsunterlagen für die Förderung der

Selbsthilfekontaktstellen auf Landesebene

Damit die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände 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. Eine fehlende Mitwirkung kann zur Ablehnung Ihres Antrages führen.

Bitte reichen Sie den Antrag mit den erforderlichen Anlagen nur vollständig ausgefüllt und von **zwei legitimierten Vertreterinnen oder Vertretern unterschrieben** ein. Änderungen im Antragsvordruck sind nicht zulässig.

**Antragsvordruck für die Beantragung pauschaler Fördermittel
der Selbsthilfekontaktstellen auf Landesebene gemäß § 20h SGB V
für das Förderjahr 2019**

Name der Selbsthilfekontaktstelle:	
Anschrift:	
Telefon:	
Fax:	
E-Mail:	
Internet:	
Bankverbindung:	
Kontoinhaber:	
Kreditinstitut:	
IBAN:	
BIC:	

Ansprechpartner der Selbsthilfekontaktstelle bei eventuellen Rückfragen zum Antrag:

Name:	
Telefon:	
Fax:	
E-Mail:	

Gesamtausgaben lt. Haushaltsplan	Plan 2019
Personalausgaben	
Löhne/Gehälter	EUR <input type="text"/>
Sozialabgaben, Beiträge zu Berufsgenossenschaften etc.	EUR <input type="text"/>
Sachausgaben	
<u>Raumkosten/Miete inkl. Betriebskosten</u>	
- für Kontaktstelle	EUR <input type="text"/>
- für andere Räumlichkeiten (bitte erläutern)	EUR <input type="text"/>
<u>Geschäftsbedarf</u>	
Büroausstattung	EUR <input type="text"/>
Fernmeldegebühren (Telefon/Fax, Internet)	EUR <input type="text"/>
Porto	EUR <input type="text"/>
Ersatz/Anschaffung von Mobiliar und technischen Geräten	EUR <input type="text"/>
Fahrt-/Reisekosten (inkl. Gremiensitzungen)	EUR <input type="text"/>
<u>Qualifizierung</u>	
Schulungen oder Fortbildungen (inkl. Fahrt-/Reisekosten)	EUR <input type="text"/>
<u>Öffentlichkeitsarbeit</u>	
Regelmäßig erscheinende Medien	EUR <input type="text"/>
Ausgaben für PR, Kongresse, Messen	EUR <input type="text"/>
Mitgliedsbeiträge für Selbsthilfe-Dachorganisationen	EUR <input type="text"/>
Ausgaben für geplante Projekte	EUR <input type="text"/>
Weitere Ausgabenpositionen mit Kostenaufstellung, z.B.	
- Rückstellungen (diese bitte gesondert erläutern)	EUR <input type="text"/>
-	EUR <input type="text"/>
-	EUR <input type="text"/>
-	EUR <input type="text"/>
Summe der Gesamtausgaben	EUR <input type="text"/>

Gesamteinnahmen	Plan 2019
Eigene Mittel	
Mitgliedsbeiträge	EUR <input type="text"/>
Entnahme aus Rücklagen ¹	EUR <input type="text"/>
Einnahmen von Dachverbänden	EUR <input type="text"/>
Einnahmen aus Zweckbetrieb (z.B. aus Verkauf von Produkten)	EUR <input type="text"/>
Einnahmen über eigene Förderkreise oder Fördervereine o.ä.	EUR <input type="text"/>
Zinserträge	EUR <input type="text"/>
Erbschaften	EUR <input type="text"/>
Sonstige Einnahmen	EUR <input type="text"/>
Summe Eigene Mittel	EUR <input type="text"/>
Fremde Mittel	
Öffentliche Hand (institutionell/pauschal und Projektförderung)	
Bundesmitten	EUR <input type="text"/>
Landesmitten	EUR <input type="text"/>
Kommunale Mittel	EUR <input type="text"/>
Zuschüsse der Gesetzlichen Krankenversicherung (Projektförderung)	EUR <input type="text"/>
Zuschüsse der Gesetzlichen Krankenversicherung (Pauschalförderung)	EUR <input type="text"/>
Zuschüsse sonstiger Sozialversicherungsträger (institutionell/pauschal und Projektförderung)	
Rentenversicherung	EUR <input type="text"/>
Unfallversicherung	EUR <input type="text"/>
Pflegeversicherung	EUR <input type="text"/>
Sonstige Einnahmen	
Sponsoring (z.B. Pharmaunternehmen, Medizinprodukte-Hersteller)	EUR <input type="text"/>
Erhaltene Leistungen Dritter (geldwerte Dienstleistungen)	EUR <input type="text"/>
Spenden	EUR <input type="text"/>
Zuwendungen von Stiftungen	EUR <input type="text"/>
Weitere Einnahmen: (z.B. aus Lotterien/ Bußgeldern)	EUR <input type="text"/>
Summe Fremde Mittel	EUR <input type="text"/>
Summe der Gesamteinnahmen	EUR <input type="text"/>

¹ Sofern Rücklagen bestehen und diese im Antrag nicht als Eigenmittel ausgewiesen werden, ist dies zu begründen. Bitte hierzu eine gesonderte Anlage beifügen. Bei Selbsthilfeorganisationen, die neben den Aufgaben der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe soziale Dienstleistungen erbringen und aus diesen Betätigungen über freie Rücklagen verfügen, reicht bei der Antragstellung der Hinweis, dass diese Rücklagen aufgrund der Komplexität und des Umfangs dieser Aufgaben nicht für die Finanzierung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe eingebracht werden können.

Sind außergewöhnliche Veränderungen für das Antragsjahr 2019 zu erwarten, z.B. Einnahmen (Erbenschaften o.a.) oder Einnahmeausfälle?

Ja
(bitte erläutern)

Nein

Bitte tragen Sie hier ein, in welcher Höhe Sie pauschale Fördermittel beantragen!

Höhe der beantragten pauschalen Fördermittel	EUR <input style="width: 50px;" type="text"/>
---	---

Bitte beachten:

Nur vollständige Antragsunterlagen gewährleisten eine zeitnahe Prüfung Ihres Förderantrages. Bei der Beantragung pauschaler Fördermittel im Rahmen der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung sind, aufgrund der wechselnden Federführung alle nachstehend aufgeführten Antragsunterlagen einzureichen.

Folgende Anlagen sind diesem Antrag beige- fügt und auszufüllen (bitte ankreuzen)	ist beige- gefügt	wird nachgereicht zum
1) Strukturhebungsbogen (einschließlich der Ausweisung von Personalstellen)	<input type="checkbox"/>	
2) Verwendungsnachweis des Vorjahres a) Tätigkeitsbericht des Vorjahres b) zahlenmäßiger Nachweis	<input type="checkbox"/>	
3) Erläuterung von Rücklagen (sofern diese bestehen und nicht als eigene Mittel eingesetzt werden).	<input type="checkbox"/>	

Der Antragsteller erklärt, dass

- die Angaben im Antrag richtig und vollständig sind.

- er über eine ordnungsgemäße Geschäfts- und Buchführung und eine entsprechende Verwaltung verfügt.

Der Antragsteller wird auf Anforderung des Fördermittelgebers ggf. weitere Unterlagen und Nachweise, die für die Beurteilung des Antrags notwendig sind, zur Verfügung stellen. Er nimmt zur Kenntnis, dass der Fördermittelgeber bei vorsätzlich falschen oder grob fahrlässigen Angaben berechtigt ist, die Fördermittel ganz oder teilweise zurückzufordern.

Die Informationen zum Datenschutz (Anlage 2) wurden zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift (1. Legitimierte/r Vertreterin/Vertreter)

Ort, Datum

Unterschrift (2. Legitimierte/r Vertreterin/Vertreter)

Strukturhebungsbogen für Selbsthilfekontaktstellen auf Landesebene

Stand der nachstehenden Angaben: (Datum)

(1) Name der Selbsthilfekontaktstelle:

Anschrift:

AnsprechpartnerIn in der Selbsthilfekontaktstelle:

Telefon: **Telefax:**

E-Mail: **Internet:**

Öffnungs- bzw. Sprechzeiten der Selbsthilfekontaktstelle:

(2) Träger der Selbsthilfekontaktstelle (falls abweichend von Punkt (1):

Anschrift des Trägers:

Ansprechpartner des Trägers (Name und Funktion):

Telefon: **Telefax:**

E-Mail: **Internet:**

(3) Gründungsjahr der Selbsthilfekontaktstelle:

(4) **Anzahl der Beratungs- und Büroräume der Selbsthilfekontaktstelle:**

(5) **Verfügt die Selbsthilfekontaktstelle über hauptamtliches Personal?** (Beschäftigungsverhältnis mind. ein Jahr):

Person	Arbeitszeit Std./wöchentl.	Berater(in)/Verwaltungskräfte
a)		
b)		
c)		
d)		

(6) **Betreut die Selbsthilfekontaktstelle eine Zweigstelle/Außenstelle?**

Ja Nein

Wenn ja, wo und in welchem zeitlichen Umfang? (ggf. Anlage beifügen)

(7) **Ist für die MitarbeiterInnen der Selbsthilfekontaktstelle die regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen vorgesehen?**

Ja Nein

(8) **Erfolgt im aktuellen Förderjahr voraussichtlich eine Förderung Ihrer Selbsthilfekontaktstelle durch die öffentliche Hand?**

Ja Nein

(9) **Einzugsbereich der Selbsthilfekontaktstelle**

a) Bitte nennen Sie die/den Region, Bezirk, Kreis, Stadt:

b) Anzahl der EinwohnerInnen im Einzugsbereich:

c) Anzahl der gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen im Einzugsbereich:

(10) **Ist die Selbsthilfekontaktstelle grundsätzlich für alle Interessenten/Bürger offen?**

Ja Nein Nur für Mitglieder des Trägers

Wenn nein, bitte Begründung angeben:

Anlage 1 Strukturhebungsbogen

Kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung:

- Selbsthilfekontaktstellen -

- (11) Ist die Selbsthilfekontaktstelle neutral ausgerichtet?** (keine parteipolitische, religiöse oder weltanschauliche Ausrichtung, keine Verfolgung kommerzieller Interessen)

Ja Nein

Wenn nein, bitte erläutern:

[Empty text box for explanation]

- (12) Arbeitet die Selbsthilfekontaktstelle indikationsgruppenübergreifend?**

Ja Nein

Wenn nein, bitte Spezialisierung nennen:

[Empty text box for specialization]

- (13) Wie stellen Sie das fachliche, eigenständige, institutionelle Profil Ihrer Selbsthilfekontaktstelle in der Öffentlichkeit dar?** (z.B. durch ein Leitbild, Jahresbericht)

[Empty text box for public profile]

- (14) Erfolgt eine aktive Mitarbeit Ihrer Selbsthilfekontaktstelle in der Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen?** (hierzu zählt nicht allein die Teilnahme an Veranstaltungen der Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen)

Ja, in folgender Form:

[Empty text box for active cooperation]

Nein, weil:

[Empty text box for reason]

[Empty box for location and date]

Ort, Datum

[Empty box for signature and stamp]

Unterschrift (und ggf. Stempel)

zum Verbleib beim Antragsteller

Informationen zum Datenschutz

Die Angaben im Antragsformular werden benötigt, um Ihren Antrag auf Bewilligung einer Förderung zu bearbeiten. Die Rechtsgrundlage dafür ist § 20h SGB V.

Wichtige Voraussetzung zur besseren Umsetzung der Selbsthilfeförderung ist eine größere Transparenz der Förderung. Um dieses Ziel zu erreichen, bedarf es eines verbesserten Informationsaustausches und einer gesicherten Datengrundlage zum Förderverfahren. 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.

Ihre Angaben aus dem Antrag werden für folgende Zwecke verwendet:

- 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.

Wenn Sie keine Angaben oder keine vollständigen Angaben machen, kann Ihr Antrag nicht bearbeitet werden. Das könnte dazu führen, dass eine Förderung nicht bewilligt wird.

Ihre Angaben werden in elektronischer Form nur solange gespeichert wie sie benötigt werden. Ihre Daten werden daher grundsätzlich nach sechs Jahren nach Abschluss des Förderverfahrens gelöscht.

Mit den jeweils zuständigen Datenschutzbeauftragten können Sie unmittelbar über folgende Internet-Adressen Kontakt aufnehmen.

- AOK Nordost

<https://www.aok.de/pk/nordost/inhalt/informationen-zur-datenverarbeitung-17/>

- BKK-Landesverband Nordwest

<https://www.bkk-nordwest.de/datenschutz/>

- IKK Nord

<https://www.ikk-nord.de/i/impresum-daten/datenschutzerklaerung/>

- Knappschaft

https://www.knappschaft.de/SiteGlobals/Modules/Footer/DE/Allgemein/Meta/Datenschutz/datenschutz_node.html;jsessionid=8D2A24B000530304B9AE8D27ABBA37E8

- SVLFG

https://www.svlfg.de/131_datenschutzhinweis/index.html

- vdek

<https://www.vdek.com/Service/datenschutz.html>

zum Verbleib beim Antragsteller

Kontaktadresse für die Antragstellung

Die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung im Land Mecklenburg-Vorpommern wird durch folgende Krankenkassen/-verbände gewährleistet:

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse, 14456 Potsdam
BKK-Landesverband NORDWEST, Süderstr. 24, 20097 Hamburg
IKK Nord, Greifstr. 107, 17034 Neubrandenburg
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern,
Werderstraße 74 a, 19055 Schwerin
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Hoppegartener Str. 100,
15366 Hoppegarten
Knappschaft, Regionaldirektion Nord, Millerntorplatz 1, 20359 Hamburg

Federführung 2019:

BKK-Landesverband NORDWEST
Herr Thomas Fritsch
Süderstraße 24
20097 Hamburg

Telefon: (040) 25 15 05 – 258, Telefax: (040) 25 15 05 - 236
E-Mail: Thomas.Fritsch@bkk-nordwest.de
Website: www.bkk-nordwest.de