

**Krankenkassenindividuelle Förderung
(Projektförderung)
nach § 20h SGB V**

**Antragsunterlagen für die Förderung
der örtlichen/ regionalen Selbsthilfegruppen**

Damit die gesetzliche Krankenkasse über eine Förderung entscheiden kann, ist die Mitwirkung des Antragstellers erforderlich. Rechtsgrundlagen für die Mitwirkung sind § 60 SGB I „Angabe von Tatsachen“ und § 66 SGB I „Folgen fehlender Mitwirkung“. Verstößt der Antragsteller gegen § 60 SGB I und/oder § 66 SGB I, führt dies zur Ablehnung des Antrags.

Ein Rechtsanspruch auf Förderung und auf eine bestimmte Fördersumme besteht nicht.

Reichen Sie den Antrag mit den erforderlichen Unterlagen **nur vollständig ausgefüllt, unterschrieben und vor Projektbeginn** ein.

Änderungen im Antragsvordruck durch den/ die Antragssteller/ in sind nicht zulässig.

Zu den Antragsunterlagen gehören:

Antragsformular Projektförderung, einschl. Strukturdaten (Seite 1-7)

Anlage 1: Datenverwendungserklärung (Seite 8)

Verwendungsnachweis

Antrag auf krankenkassenindividuelle Projektförderung für die örtlichen/regionalen Selbsthilfegruppen gemäß § 20h SGB V für das Förderjahr _____ (Bitte Jahr eintragen)

1. Name der örtlich/ regionalen Selbsthilfegruppe/ Kontaktstelle

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort):

Telefon: _____

Internet: _____

E-Mail: _____

Ansprechpartner/ in/ Gruppenleitung

(Anschrift, Telefonnummer, wenn abweichend zu o.a. Angaben):

Treffpunkt(e) der Selbsthilfegruppe (mit Ortsangabe):

Bitte beachten:

Sollte sich im Laufe des Förderjahres der/ die Ansprechpartner/ in oder die Adresse ändern, so bitten wir um eine entsprechende Information.

2. Beschreibung des Projektes (bitte fügen Sie eventuell gesondert Unterlagen hinzu. Bitte halten Sie sich dabei an die nachfolgende Gliederung (Punkte a bis h))

a) Projekttitle (Name des Projektes):

b) Zielsetzung:

c) Erfolgsindikatoren:

d) Angesprochene Zielgruppe:

e) Projektaufbau, Projektdurchführung und Projektumsetzung:

f) Projektbeteiligte und Kooperationspartner:

g) Laufzeit, Projektbeginn/ -ende (Datum):

h) Ausführungen zur Weiterführung/ Verstetigung nach Ende des Projektes:

i) Wurden weitere Anträge auf Förderung dieses Projektes bei Fördermittelgebern gestellt?

Hinweis: Grundsätzlich kann ein Projekt nur bei einer Stelle beantragt werden. Wird ein Projekt dennoch bei mehreren Stellen beantragt, sind diese nachfolgend zu benennen.

- AOK (welche?) _____ Betrag: _____ Euro
- BKK (welche?) _____ Betrag: _____ Euro
- Ersatzkassen (welche?) _____ Betrag: _____ Euro
- IKK (welche?) _____ Betrag: _____ Euro
- Knappschaft _____ Betrag: _____ Euro
- Sozialversicherung für Landwirtschaft Forsten und
Gartenbau (SVLFG) _____ Betrag: _____ Euro
- Es wurden bei keiner weiteren Krankenkasse Mittel für dieses Projekt beantragt.

Weitere Anträge für dieses Förderjahr wurden oder werden gestellt bei:

- Pflegeversicherung, Unfallversicherung, Rentenversicherung, Private Krankenversicherung
(Zutreffendes bitte unterstreichen) _____
Betrag: _____ Euro
- Öffentliche Hand (z.B. Land, Kommunen) _____
Betrag: _____ Euro
- Landesverband/ Bundesverband _____
Betrag: _____ Euro
- Wirtschaftsunternehmen _____
Betrag: _____ Euro
- Weitere: _____
Betrag: _____ Euro
- Es wurde bei keiner der genannten Institutionen ein Antrag gestellt.

3. Kosten- und Finanzierungsplan

Detaillierte Aufstellung der Einnahmen des Projektes:	Einnahmen in Euro
Eigenmittel	
Rücklagen	
Andere Förderer (z.B. öffentliche Hand, andere Krankenkassen)	
Sonstige (z.B. Spenden, Sponsoring)	
Antragssumme bei der mhplus BKK	

Detaillierte Aufstellung der Ausgaben des Projektes:	Ausgaben in Euro

Summe (in EUR)

Ausgaben	Einnahmen

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

Höhe der beantragten Fördermittel bei der mhplus BKK: _____ Euro

4. Bankverbindung

- Unsere Selbsthilfegruppe verfügt über ein **eigenes** Konto.
- Unsere Selbsthilfegruppe verfügt über ein Unterkonto beim Landes- oder Bundesverband, über das die Selbsthilfegruppe Verfügungsberechtigt ist.

Die Förderung soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

Kontoinhaber/ in: _____

Anschrift: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

5. Weitere Unterlagen

- Aktuelle Satzung
- Finanzierungsplan zum beantragten Projekt
- Aktueller Freistellungsbescheid des Finanzamtes
- Einnahmen/ Ausgabenrechnung bzw. Jahresabschluss für das Antragsjahr
- Unterzeichnete Bestätigung über die Entlastung des Vorstands
- Aktueller Vereinsregisterauszug (bei erstmaliger Antragsstellung)

Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 20h SGB V zum Zwecke der Projektförderung erhoben und verarbeitet. Die Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung ergibt sich aus Art. 6 Abs. 1 Bst. b DSGVO (Datenschutz-Grundverordnung). Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter <https://www.mhplus-krankenkasse.de/datenschutz>. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die mhplus BKK, Franckstr. 8, 71363 Ludwigsburg.

Erklärung

Mit den Unterschriften bestätigt der Antragsteller

- + die Beantragung von krankenkassenindividuellen Projektmitteln gemäß § 20h SGB V
- + bei Genehmigung die Empfangnahme der Fördermittel durch die mhplus Krankenkasse stellvertretend für die Selbsthilfegruppe
- + die Kenntnisnahme der Information zum Datenschutzhinweis sowie die Einhaltung des Datenschutzes. Der Datenverarbeitung wird zugestimmt.

Der Antragssteller verpflichtet sich, die finanziellen Zuschüsse der mhplus Krankenkasse zweckgebunden gem. § 20h SGB V zu verwenden. Auf Anforderung der mhplus wird der Antragssteller ggf. weitere Unterlagen und Nachweise, die zur Beurteilung des Antrags notwendig sind, zur Verfügung stellen. Der Antragssteller ist verantwortlich für die ordnungsgemäße Verwendung des Geldes sowie für die Ausstellung eines entsprechenden Verwendungsnachweises.

Name in Druckbuchstaben

1. Vertretungsbefugte/r
Ort, Datum, Unterschrift (ggf. Stempel)

Name in Druckbuchstaben

2. Vertretungsbefugte/r
Ort, Datum, Unterschrift (ggf. Stempel)

Anlage 1 – Datenverwendungserklärung

Datenverwendungserklärung

Noch ein paar Hinweise und eine Bitte in eigener Sache:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben gemäß § 20h SGB V zur Antragsbearbeitung im Rahmen der Selbsthilfeförderung erhoben und verarbeitet. Die Antragsbearbeitung beinhaltet auch die Dokumentation des Fördergeschehens für interne Zwecke. Ihre Daten dürfen wir im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse an Dritte oder an Dienstleister weiterleiten, die von uns beauftragt wurden. Weitergehende Informationen rund um die Verarbeitung Ihrer Daten und Ihre Rechte finden Sie unter <https://www.mhplus-krankenkasse.de/datenschutz>.

Gerne stellen wir Ihnen auf Wunsch diese Informationen auch in Papierform zur Verfügung. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die mhplus BKK, Franckstr. 8, 71636 Ludwigsburg.

Ihre im Rahmen der genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten werden unter Beachtung der DSGVO (Datenschutz-Grundverordnung) verarbeitet. Bitte beachten Sie: Wenn Sie Ihre Privatadresse oder privaten Kontaktdaten im Antrag angegeben haben, werden wir diese Daten ebenfalls im Rahmen der Antragsbearbeitung bei uns speichern. Die Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung ergibt sich aus Art. 6 Abs. 1 Bst. a DSGVO (Datenschutz-Grundverordnung).

Menschen, die an der Selbsthilfe interessiert sind, sollten über die Ansprechpartner/innen der Krankenkasse und ihrer Selbsthilfekontaktstellen Informationen erhalten. Damit dies umgesetzt werden kann, benötigen wir Ihre Einverständniserklärung zur weitergehenden Verwendung der entsprechenden Informationen.

Diese Einverständniserklärung zur weitergehenden Datenverwendung ist freiwillig und unabhängig von der Bearbeitung Ihres Antrages auf Fördermittel. Ein Widerruf der Einverständniserklärung ist jederzeit für die Zukunft möglich, allerdings nicht rückwirkend. Stellen Sie diesen bei der mhplus BKK, Fachbereich Gesundheitsförderung, Franckstr. 8, 71636 Ludwigsburg. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass Informationen aus bereits abgeschlossenen Antragsunterlagen oder aus gedruckten Broschüren nicht entnommen werden können.

Einverständniserklärung zur weitergehenden Datenverwendung:

Wir willigen ein, dass die Angaben aus dem Antrag zusätzlich für folgende Zwecke verwendet werden dürfen: (bitte ankreuzen)

- 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.
- Die Veröffentlichung der Selbsthilfedaten (inkl. Kontaktdaten des/ der Ansprechpartners/ Ansprechpartnerin) im Internet oder in Broschüren.
- 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.

Wir willigen in diese weitergehende Datenverarbeitung ein.

Ort, Datum

Name, Vorname in Druckbuchstaben

Unterschrift mit Stempel