

Senden Sie diesen Nachweis mit Ablauf des Förderjahres, spätestens mit dem Antrag für das Folgejahr zurück an die federführende Krankenkasse.

**Nachweis über die Verwendung  
der Fördermittel gemäß § 20 c SGB V  
der Selbsthilfekontaktstellen/Selbsthilfebüros in NRW  
für das Jahr 2011**

**- Gemeinschaftsförderung -**

**Angaben zum Träger der Selbsthilfekontaktstelle**

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bewilligungsschreiben vom \_\_\_\_\_

Höhe des bewilligten Zuschusses \_\_\_\_\_ **EUR**

Die Fördermittel wurden ausschließlich für gesundheitsbezogene Selbsthilfeaufgaben entsprechend dem Leitfaden zur Selbsthilfeförderung des GKV-Spitzenverbandes zur „Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20 c SGB V vom 10. März 2000 in der jeweils aktuellen Fassung wie folgt verwendet:

**Name der Selbsthilfekontaktstelle** \_\_\_\_\_

**Gesamtfinanzierung 201\***

	in EUR
Kreis/Kommune	
Land	
Träger	
Krankenkassen	
Spenden	
Stiftungen	
Sonstige	

**Personelle Ausstattung 201\***

**Fachkräfte**

Name	Qualifikation	Umfang Personalstelle (ausgehend von einer Vollzeitstelle; z. B. 0,3)	Befristung im Förderjahr (von/bis)

**Verwaltungskräfte**

Name	Qualifikation	Umfang Personal- stelle (ausgehend von einer Vollzeit- stelle; z. B. 0,3)	Befristung im Förderjahr (von/bis)

Name des Selbsthilfebüros \_\_\_\_\_

**Gesamtfinanzierung 201\***

	in EUR
Kreis/Kommune	
Land	
Träger	
Krankenkassen	
Spenden	
Stiftungen	
Sonstige	

**Personelle Ausstattung 201\*****Fachkräfte**

Name	Qualifikation	Umfang Personal- stelle (ausgehend von einer Vollzeit- stelle; z. B. 0,3)	Befristung im Förderjahr (von/bis)

**Verwaltungskräfte**

Name	Qualifikation	Umfang Personal- stelle (ausgehend von einer Vollzeit- stelle; z. B. 0,3)	Befristung im Förderjahr (von/bis)

Darüber hinaus wird bestätigt, dass die Fördermittel nicht zu Stiftungszwecken verwendet bzw. einer Stiftung, einem zugehörigen Freundes-/Förderkreis oder Förderverein zugeführt wurden.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. Stempel)