



Gilt bei einer Fördersumme ab 501,- Euro

Verwendungsnachweis
der krankenkassenindividuellen Fördermittel gemäß § 20 h SGB V
der örtlichen Gruppen der Gesundheitsselfhilfe in NRW
für das Jahr 2017

- Projektförderung -

Angaben zum/zur Antragsteller/in

Name _____

vollständige Adresse _____

Bewilligungsschreiben vom _____

Projektname _____

Höhe des bewilligten Zuschusses EUR

Tatsächliche Ausgaben
(bitte nur Informationen eintragen, die bei Ihrem Projekt zutreffen)

Raumkosten oder Miete EUR

Referentenkosten / Honorar EUR
 Empfänger bitte benennen

 Verpflegung EUR

Seminarkosten gesamt		EUR
Anzahl TN	Pers.	
Übernachtung/ Verpflegung pro TN	EUR	
Teilnahmegebühr	EUR	

Fahrtkosten EUR

Portokosten	EUR
Materialkosten (Kopier/Druckkosten usw.) gesamt bitte benennen	EUR
Sonstiges gesamt	EUR
Tatsächliche Gesamtkosten	EUR

Tatsächliche Einnahmen

Teilnahmegebühren Mitglieder	EUR
Spenden	EUR
Zuschüsse anderer Krankenkassen gesamt	EUR
Sonstige Einnahmen bitte benennen	EUR
Tatsächliche Gesamteinnahmen	EUR

Wir bestätigen hiermit, dass die zur Verfügung gestellten Fördermittel wirtschaftlich, sparsam und entsprechend unserer Satzung verwendet wurden.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. Stempel)