Bitte bearbeiten Sie dieses Dokument im Adobe Acrobat Reader.

– Pauschalförderung: Anlage 2 –

Nachweis über die Verwendung für die Maßnahmen der Pauschalförderung gemäß § 20h SGB V

der örtlichen Gruppen der Gesundheitsselbsthilfe in NRW für das Jahr **2025**

Bitte pro Maßnahme einen Verwendungsnachweis ausfüllen und
– **spätestens bis zum 31.03.** – an die federführende Krankenkasse senden.

Angaben zur geförderten Selbsthilfegruppe

ID laut Bescheid (falls zur Hand)	
Name der Selbsthilfegruppe	
Ansprechperson	
Vollständige Adresse	
Maßnahme	

Änderung der Ansprechperson nach Antragstellung? ☐ Nein ☐ Ja

Höhe des bewilligten Zuschusses		**EUR**
Restgeld (nicht verausgabt, können mit Folgeantrag verrechnet werden)		EUR

Tatsächliche Ausgaben (Bitte benennen)

		EUR
		EUR
		EUR
Tatsächliche Gesamtausgaben	**0,00**	**EUR**

Tatsächliche Einnahmen

Teilnahmegebühren		EUR
Spenden		EUR
Tatsächliche Gesamteinnahmen	**0,00**	**EUR**

Wir erklären hiermit, dass die zur Verfügung gestellten Fördermittel wirtschaftlich, zweckentsprechend und gemäß unserer Satzung für die Gruppenarbeit verwendet wurden.

Ort, Datum, ggf. Stempel	Ort, Datum, ggf. Stempel
1. Unterschrift	2. Unterschrift
Name in Druckbuchstaben	Name in Druckbuchstaben