



Antrag auf Pauschalförderung gemäß § 20h SGB V für Selbsthilfe-Kontaktstellen/-Büros in NRW für das Jahr

**– Pauschalförderung –
Antragsfrist: 31.01.**

Name der Selbsthilfe-Kontaktstelle

Adresse

Internetadresse

E-Mail

Telefon

Ansprechperson für Rückfragen

Unterhält die Selbsthilfe-Kontaktstelle ein Selbsthilfe-Büro?

Nein

Ja

Gibt es in Ihren Räumen ein Kontaktbüro Pflegeselbsthilfe?

Nein

Ja

Name des Trägers der Selbsthilfe-Kontaktstelle

Adresse

Internetadresse

E-Mail

Telefon

Ansprechperson für Rückfragen

Bankverbindung des Trägers

Kontoinhaber*in

Kreditinstitut

IBAN

BIC

Wir beantragen hiermit eine pauschale Förderung nach den Förderkriterien der GKV in NRW.

Folgende Unterlagen sind diesem Antrag beigelegt:

Strukturerhebungsbogen für Selbsthilfe-Kontaktstellen und ggf. für das Selbsthilfe-Büro

Verwendungsnachweis für das abgelaufene Förderjahr

Nehmen Sie an den SelbsthilfeNews teil?

Nein

Ja

Bitte beachten Sie: Die Statistik des Vorjahres ist an die KOSKON NRW weiterzuleiten.

Informationen der Krankenkassen/-verbände zum Datenschutz:

Die Bestimmungen zum Datenschutz insbesondere im Hinblick auf die Weitergabe personenbezogener Daten werden beachtet (Datenschutz-Grundverordnung DSGVO).

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage www.gkv-selbsthilfefoerderung-nrw.de.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. Stempel)

Strukturerhebungsbogen für Selbsthilfe-Kontaktstellen in NRW

Name der Selbsthilfe-Kontaktstelle

Gründungsjahr

Öffnungs- bzw. Sprechzeiten (Tag/Zeit)

Einzugsbereich der Selbsthilfe-Kontaktstelle (Benennen Sie den Kreis/die Stadt)

Wie viele gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen sind in ihrem Einzugsbereich angesiedelt?

Haben sich im Vergleich zum Vorjahr neue gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen gegründet?

Nein Ja, Gruppen

Angaben zur fachlichen Qualifikation und Anzahl der Personalstellen

Fachkräfte

Name	Qualifikation	Umfang Personalstelle*	Befristung im Förderjahr (von/bis)
------	---------------	------------------------	------------------------------------

Verwaltungskräfte

Name	Qualifikation	Umfang Personalstelle*	Befristung im Förderjahr (von/bis)
------	---------------	------------------------	------------------------------------

*ausgehend von einer Vollzeitstelle; z. B. 0,3

Eine angemessene, eigenständige Förderung durch die öffentliche Hand gilt nach den Grundsätzen des GKV Spitzenverbandes zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20h SGB V als eine wichtige Voraussetzung für die Förderung Ihrer Selbsthilfe-Kontaktstelle durch die Krankenkassen/-verbände NRW.

Durch wen wird Ihre Selbsthilfe-Kontaktstelle voraussichtlich gefördert?

Land Kommune Stiftungen Spenden

Erhebt Ihre Selbsthilfe-Kontaktstelle Miete von gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen?

Nein Ja

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. Stempel)

Strukturerhebungsbogen für Selbsthilfe-Büros in NRW

Name des Selbsthilfe-Büros

Adresse

Internetadresse

E-Mail

Telefon

Ansprechperson für Rückfragen

Gründungsjahr

Öffnungs- bzw. Sprechzeiten (Tag/Zeit)

Einzugsbereich des Selbsthilfe-Büros (Benennen Sie den Kreis/die Stadt)

Wie viele gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen sind in ihrem Einzugsbereich angesiedelt?

Haben sich im Vergleich zum Vorjahr neue gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen gegründet?

Nein Ja, Gruppen

Angaben zur fachlichen Qualifikation und Anzahl der Personalstellen

Fachkräfte

Name	Qualifikation	Umfang Personalstelle*	Befristung im Förderjahr (von/bis)
------	---------------	------------------------	------------------------------------

Verwaltungskräfte

Name	Qualifikation	Umfang Personalstelle*	Befristung im Förderjahr (von/bis)
------	---------------	------------------------	------------------------------------

*ausgehend von einer Vollzeitstelle; z. B. 0,3

Ist ein Ausbau des Selbsthilfebüros zur eigenständigen Selbsthilfe-Kontaktstelle geplant?

Nein Ja, innerhalb der nächsten Monate.

Eine angemessene, eigenständige Förderung durch die öffentliche Hand gilt nach den Grundsätzen des GKV Spitzenverbandes zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20h SGB V als eine wichtige Voraussetzung für die Förderung Ihres Selbsthilfe-Büros durch die Krankenkassen/-verbände NRW.

Durch wen wird Ihr Selbsthilfe-Büro voraussichtlich gefördert?

Land Kommune Stiftungen Spenden

Erhebt Ihr Selbsthilfe-Büro Miete von gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen?

Nein Ja

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. Stempel)

Nachweis über die Verwendung der Fördermittel gemäß § 20h SGB V für Selbsthilfe-Kontaktstellen/-Büros in NRW für das Jahr

– Pauschalförderung –

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

**Name des Trägers
der Selbsthilfe-Kontaktstelle**

Adresse

Höhe des bewilligten Zuschusses

EUR

Die Fördermittel wurden ausschließlich für gesundheitsbezogene Selbsthilfeaufgaben entsprechend dem Leitfaden des GKV-Spitzenverbandes zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20h SGB V in der jeweils aktuellen Fassung wie folgt verwendet:

Name der Selbsthilfe-Kontaktstelle

Gesamtfinanzierung im vorhergehenden Förderjahr

Kreis/Kommune	EUR
Land	EUR
Träger	EUR
Krankenkassen	EUR
Spenden	EUR
Stiftungen	EUR
Sonstige	EUR
Mieteinnahmen von gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen	EUR

Personelle Ausstattung im vorhergehenden Förderjahr

Fachkräfte

Name	Qualifikation	Umfang Personalstelle*	Befristung im Förderjahr (von/bis)
------	---------------	------------------------	------------------------------------

Verwaltungskräfte

Name	Qualifikation	Umfang Personalstelle*	Befristung im Förderjahr (von/bis)
------	---------------	------------------------	------------------------------------

*ausgehend von einer Vollzeitstelle; z. B. 0,3

Name des Selbsthilfe-Büros

Gesamtfinanzierung im vorhergehenden Förderjahr

Kreis/Kommune	EUR
Land	EUR
Träger	EUR
Krankenkassen	EUR
Spenden	EUR
Stiftungen	EUR
Sonstige	EUR
Mieteinnahmen von gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen	EUR

Personelle Ausstattung im vorhergehenden Förderjahr

Fachkräfte

Name	Qualifikation	Umfang Personalstelle*	Befristung im Förderjahr (von/bis)
------	---------------	------------------------	------------------------------------

Verwaltungskräfte

Name	Qualifikation	Umfang Personalstelle*	Befristung im Förderjahr (von/bis)
------	---------------	------------------------	------------------------------------

*ausgehend von einer Vollzeitstelle; z. B. 0,3

Unterschrift (ggf. Stempel)

Ort, Datum