



## 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 beigefügt:**

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](http://www.gkv-selbsthilfefoerderung-nrw.de).

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. Stempel)

# Strukterhebungsbogen

## 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)

# Strukurerhebungsbogen

## 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