Bitte bearbeiten Sie dieses Dokument im Adobe Acrobat Reader.

Antrag auf Pauschalförderung gemäß § 20h SGB V für Selbsthilfe-Kontaktstellen/-Büros in NRW für das Jahr 2027

– 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	

Bitte bearbeiten Sie dieses Dokument im Adobe Acrobat Reader.

Bankverbindung des Trägers

Kontoinhaber*in	
Kreditinstitut	
IBAN	D E
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.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. Stempel)

Bitte bearbeiten Sie dieses Dokument im Adobe Acrobat Reader.

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)

Bitte bearbeiten Sie dieses Dokument im Adobe Acrobat Reader.

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

Bitte bearbeiten Sie dieses Dokument im Adobe Acrobat Reader.

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)

Bitte bearbeiten Sie dieses Dokument im Adobe Acrobat Reader.

Nachweis über die Verwendung der Fördermittel gemäß § 20h SGB V

für Selbsthilfe-Kontaktstellen/-Büros in NRW

für das Jahr **2026**

– 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 2026

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 2026

Fachkräfte

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

Bitte bearbeiten Sie dieses Dokument im Adobe Acrobat Reader.

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 2026

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 2026

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