

Angaben zum geplanten Vorhaben

Projekt = zeitlich begrenzte Aktivitäten, die über das normale Maß der täglichen Selbsthilfearbeit hinausgehen und die nicht unter regelmäßig wiederkehrende Aktivitäten fallen.

Projektname

Veranstaltungsort

Projektbeschreibung

Projektziele

Projektzielgruppe(n)

Zeitlicher Rahmen des Projektes

Das Projekt findet statt am/vom **bis** in der Zeit von **bis** Uhr.

Geplante Finanzierung des Projektes

Voraussichtliche Gesamtkosten des Projektes EUR
(Einzelheiten bitte auf einem beizufügenden, differenzierten Finanzierungsplan benennen)

Einsatz Eigenmittel (Eigenleistungen, Sachmittel) EUR

Einsatz Rücklagen EUR

Kalkulierte Einnahmen (z. B. Teilnahmegebühren, Eintrittsgelder)

EUR x Teilnehmer EUR

zielle Beteiligung anderer Institutionen EUR

Wenn ja, durch wen?

Voraussichtlicher Fehlbetrag EUR

Beantragter Zuschuss EUR

Folgende Unterlagen sind diesem Antrag beigefügt:

Strukturerhebungsbogen*

Satzung*

ggfs. Finanzierungsplan

Ablaufplan der Maßnahme

* Wenn die Satzung und der Strukturerhebungsbogen im Rahmen der Pauschalförderung eingereicht wurden, brauchen Sie diese Unterlagen dem Antrag nicht erneut beizufügen. Wenn sich Änderungen ergeben, teilen Sie uns dies bitte mit.

Bitte beachten Sie:

Vereinfachtes Verfahren zur Antragstellung (Ein-Ansprechpartner-Modell)

Sofern Sie einen Projektantrag bei **allen** nordrhein-westfälischen Krankenkassen/-verbänden stellen möchten, senden Sie ein Exemplar möglichst **im Frühjahr eines Förderjahres** an die

Servicestelle für Landesorganisationen der Selbsthilfe NRW

Alter Fischmarkt 26

48143 Münster

projektoerderung@servicestelle-nrw.de

Nur vollständige Antragsunterlagen gewährleisten eine abschließende Prüfung Ihres Antrages.

Exklusivanträge nur an **eine/n** Krankenkasse(n)/verband stellen Sie bitte bei der/dem jeweiligen Krankenkasse(n)/verband.

Es empfiehlt sich im Vorfeld die telefonische Kontaktaufnahme mit der/n betreffenden Krankenkasse(n)/verbänden.

Möchten Sie den Antrag bei allen Krankenkassen/verbänden in NRW gemeinsam stellen (vereinfachtes Verfahren)?

Ja

Nein, die Förderung wird beantragt bei:

AOK NORDWEST	EUR
AOK Rheinland / Hamburg	EUR
BKK-Landesverband NORDWEST	EUR
BARMER	EUR
DAK-Gesundheit	EUR
IKK classic	EUR
KNAPPSCHAFT	EUR
TK NRW	EUR

Der Antragsteller verpflichtet sich, die finanziellen Zuschüsse der Krankenkassen/-verbände zweckgebunden gem. § 20h SGB V zu verwenden. Die ordnungsgemäße Verwendung der Mittel ist durch entsprechende Nachweise zu belegen. Bei nicht erbrachten Nachweisen bzw. vorsätzlich falschen Angaben sind die Krankenkassen/-verbände berechtigt, die finanziellen Zuwendungen zurückzufordern bzw. die zugesagten Fördermittel nicht auszuzahlen.

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-selbsthilfeoerderung-nrw.de.

Für die Antragstellung sind die Unterschriften von **zwei** legitimierten Gruppenmitgliedern notwendig, die die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben bestätigen und sich im Falle einer (krankheitsbedingten) Verhinderung gegenseitig vertreten. Die Einhaltung und Anerkennung der „Allgemeinen Nebenbestimmungen für die Beantragung und Gewährung von Fördermitteln nach § 20h SGB V“ sowie der Grundsätze zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe im Umgang mit Wirtschaftsunternehmen wird bestätigt.

Ort, Datum, ggf. Stempel

1. Unterschrift

Ort, Datum, ggf. Stempel

2. Unterschrift

Name in Druckbuchstaben

Name in Druckbuchstaben

Strukturerhebungsbogen
für Landesverbände/-organisationen der Gesundheitsselbsthilfe in NRW

Angaben zur Landesorganisation

Name _____

Adresse

Internetadresse

E-Mail

Telefon

Vorsitzende/r

Geschäftsführer/in

Ansprechpartner/in

Gründungsjahr

Eintragung in V

Mitgliedschaften in

Gesundheitssebststelle NRW

Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe (LAG Selbsthilfe NRW)

Der PARITATISCHE

andere Verbände

Geschäftsstelle Nein Ja (bitte Kopie Mietvertrag beifügen)

Büro innerhalb privater Räumlichkeiten Nein Ja

Hauptamtliches Personal Nein Ja, Anzahl:

Umfang (Stunden pro Woche):

Mini-Jobber/geringfügig Beschäftigte Nein Ja, Anzahl:

Umfang (Stunden pro Woche):

Ehrenamtliches Personal Nein Ja Anzahl:

Umfang (Stunden pro Woche):

Einzugsbereich des/der Antragsstellers/in

Zielgruppe

Anzahl der betreuten regionalen/örtlichen Selbsthilfegruppen

Gesamtzahl der Einzelmitglieder des/der Antragstellers/in

Geschätzte Zahl der betreuten Personen

Zuordnung der Erkrankung/Behinderung zum Krankheitsverzeichnis nach § 20h SGB V

Name der Erkrankung / Behinderung

Veröffentlicht Ihr Selbsthilfeverband/Ihre Selbsthilfeorganisation eigene Medien (Mitgliederzeitschrift, etc.)?

Nein Ja (bitte auflisten):

Ort, Datum, ggf. Stempel

1. Unterschrift

Ort, Datum, ggf. Stempel

2. Unterschrift

Name in Druckbuchstaben

Name in Druckbuchstaben