



Verwendungsnachweis Projektförderung gemäß § 20h SGB V für Landesverbände/-organisationen der Gesundheitsselbsthilfe in NRW für das Jahr

– Projektförderung –

Einzureichen nach Ende des Projektes oder spätestens bis zum **15. Februar** des kommenden Jahres
bei der **Service-Stelle Projekt- und Maßnahmenförderung für Landesorganisationen
der Selbsthilfe in NRW, Alter Fischmarkt 25/26, 48143 Münster**

Angaben zum/zur Landesverband/-organisation

Name

Ansprechperson

Adresse

Projektname/-bezeichnung

Höhe des bewilligten Gesamtförderbetrages

EUR

Höhe der bisher erhaltenen Fördergelder von:

AOK Rheinland/Hamburg

EUR

BARMER

EUR

BKK-Landesverband NORDWEST

EUR

DAK-Gesundheit

EUR

KKH

EUR

Gesamt

EUR

Folgende Krankenkassen zahlen ihren Förderanteil erst nach Vorlage der Belege zu den Projektkosten:

- AOK NORDWEST
- IKK classic
- KNAPPSCHAFT

Bankverbindung

Kontoinhaber*in

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Tatsächliche Projektkosten

Bitte fügen Sie eine detaillierte Ein- und Ausgabentabelle bei.

Anzahl der Teilnehmer/-innen:

Teilnahmegebühren pro Mitglied: EUR gesamt: EUR

Spenden/Sponsoren (bitte einzeln benennen) EUR

Höhe der erhaltenen Fördergelder der Krankenkassen* EUR

Sonstige Einnahmen (bitte einzeln benennen) EUR

Eingebrachte Eigenmittel EUR

Gesamtsumme Einnahmen EUR

Gesamtsumme Ausgaben EUR

Differenz	EUR
------------------	------------

Hinweis:

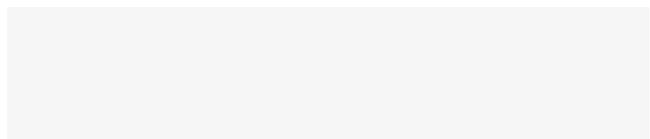
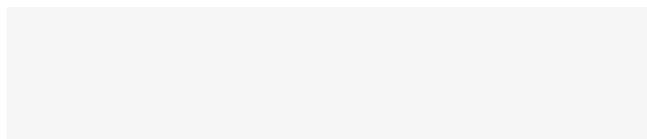
Sind die Gesamtausgaben noch nicht vollständig gedeckt, erfolgt die Auszahlung der noch ausstehenden Fördermittel durch die nachzahlenden Krankenkassen. Falls die tatsächlichen Projektkosten unterhalb der bewilligten Kosten liegen sollten, erhalten Sie für Ihre Buchhaltung umgehend per E-Mail eine Benachrichtigung über die Höhe der Ihnen noch zustehenden Förderbeträge.

Wir bestätigen hiermit, dass die zur Verfügung gestellten Fördermittel wirtschaftlich, sparsam und entsprechend unserer Satzung verwendet wurden.

Bei der Außendarstellung unserer Selbsthilfeorganisation haben wir auf die Förderung durch die Gesetzliche Krankenversicherung hingewiesen.

Ort, Datum, ggf. Stempel

Ort, Datum, ggf. Stempel



1. Unterschrift

2. Unterschrift

Name in Druckbuchstaben

Name in Druckbuchstaben