

Verwendungsnachweis
krankenkassenindividuelle Selbsthilfeförderung
gemäß § 20h SGB V
für Landesorganisationen der Gesundheitsselbsthilfe in
- Projektförderung -
für das Förderjahr

Einzureichen nach Ende des Projektes oder spätestens bis zum 15. Februar des kommenden Jahres bei der Service-Stelle Projektförderung der Landesorganisationen, Prinzipalmarkt 38/39, 48143 Münster

Name der Landesorganisation

vollständige 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

Tatsächliche Projektkosten

Bitte fügen Sie für alle Ausgaben die entsprechenden Belege bei.

Außerdem bitten wir um Vorlage des Projektberichts.

Einnahmen im Rahmen des Projektes

Anzahl der Teilnehmer/-innen (TN):

Teilnehmergebühren Mitglieder _____ EUR

Spenden/Sponsoren (bitte einzeln benennen) _____ EUR

Höhe der erhaltenen Fördergelder der Krankenkassen siehe * _____ EUR

Sonstige Einnahmen (bitte einzeln benennen) _____ EUR

_____ EUR

Gesamtsumme Einnahmen _____ **EUR**

Gesamtsumme Ausgaben **EUR**

Gesamtsumme Einnahmen ./. **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

Unterschrift (ggf. Stempel)