

Kassenindividuelle Selbsthilfeförderung  
der KNAPPSCHAFT,  
Regionaldirektion Frankfurt

Antragsunterlagen Projektförderung

örtliche/regionale Selbsthilfegruppen

Kontaktadresse:

KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Frankfurt  
Vertragswesen – Antonella Aiese-Prestino  
Galvanistr. 31, 60486 Frankfurt  
Telefon 069 - 7430-1905 , Fax 0234 - 97838-17271  
E-Mail: [antonella.aiese-prestino@kbs.de](mailto:antonella.aiese-prestino@kbs.de)

Damit die gesetzlichen Krankenkassen über eine Förderung entscheiden können, ist Ihre Mitwirkung nach § 60 SGB I erforderlich. Die folgenden Angaben werden für die ordnungsgemäße Bearbeitung Ihres Antrages auf Förderung nach § 20 h SGB V benötigt. Eine fehlende Mitwirkung kann zur Ablehnung Ihres Antrages führen.

Reichen Sie deshalb den Antrag mit den erforderlichen Anlagen **nur** vollständig ausgefüllt **und** unterschrieben ein. Änderungen im Antragsvordruck durch den Antragsteller sind nicht zulässig.

# 1. Antrag PROJEKTFÖRDERUNG

---

## 1.1. Kontaktdaten

Name des Antragstellers (der Selbsthilfegruppe):

  

Anschrift bzw. Kontaktadresse für den Schriftverkehr:

  

Telefon:

E-Mail:

Fax:

Internet:

## 1.2. Bankverbindung:

Verfügt die SHG über ein eigenes Konto?\*

Ja

Nein

Kontoinhaber:

Kreditinstitut:

IBAN:

BIC:

## 1.3. Ansprechpartner/-in für Rückfragen zum Antrag:

Name:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

\*Insofern die SHG nicht über ein eigenes Konto verfügt, ist die gesonderte Erklärung des Kontoinhabers bzw. des Verfügungsberechtigten (Anlage 1) zu unterzeichnen.

# 1. Antrag PROJEKTFÖRDERUNG

## 1.2 Angaben zur Selbsthilfegruppe (SHG)

Treffpunkt der Selbsthilfegruppe (mit Anschrift):

Mit welchem Krankheitsbild befasst sich die Selbsthilfegruppe?

Seit wann besteht die SHG?

Ist die SHG offen für neue Mitglieder?

Wie viele Mitglieder hat die SHG?

Wie viele Personen nehmen regelmäßig an den Gruppentreffen teil?

Wie häufig finden Treffen der Gesprächsgruppen/-kreise zum krankheitsbezogenen Austausch statt?

Ist die SHG überörtlich oder bundeslandübergreifend tätig? Wenn  Ja  Nein

ja, Sitz der SHG:

Erhebt die SHG Mitgliedsbeiträge?  Ja  Nein

Wenn ja, in welcher Höhe:

Bestehen Aufnahmekriterien für die SHG?  Ja  Nein

Wenn ja, welche:

Ist die SHG Mitglied in einem Landesverband/Bundesverband?  Ja  Nein

Wenn ja, in welchem:

Muss die SHG Raummiete/Nebenkosten bezahlen?  Ja  Nein

Wenn ja, an wen:

in welcher Höhe:

Anlass der Raumnutzung:

Wird die Gruppe angeleitet/moderiert?

Betroffene/r

Angehörige/r

Sonstige (z.B. Arzt, Therapeut )

# 1. Antrag PROJEKTFÖRDERUNG

---

## 1.3 Angaben zur beantragten Projektförderung:

Name des Projekts

Veranstaltungsort

Laufzeit des Projektes (Datum von...bis):

Projektzielgruppe:

Projektziel:

Projektbeschreibung\*:

  
  
  

Eventuelle Restfördermittel aus der Projektförderung des Vorjahres:

€

**Höhe des beantragten Zuschusses bei der  
KNAPPSCHAFT:**

**EUR** \_\_\_\_\_

\*Eine ausführliche Projektbeschreibung ist als Anlage dem Antrag beizufügen.

# 1. Antrag PROJEKTFÖRDERUNG

## 1.4 Geplante Ausgaben für das Projekt

<b>Ausgaben für das Projekt lt. Finanzierungsplan</b>	
Raummiete	EUR
Honorar für Referenten	EUR
Übernachungskosten	EUR
Verpflegung	EUR
Gebühren (z. B. für Seminare, Messestand ...)	EUR
Fahrt-/Reisekosten	EUR
Materialkosten (Bitte nennen): <input type="text"/>	EUR
Größere Anschaffungen für das Projekt (Bitte nennen): <input type="text"/>	EUR
<b>Öffentlichkeitsarbeit</b>	
Broschüre	EUR
Einladungen (Papier, Porto, Telefon)	EUR
Faltblätter	EUR
Handzettel	EUR
Neueinrichtung einer Homepage für die Selbsthilfegruppe	EUR
<b>Sonstige Kosten:</b>	
<input type="text"/>	EUR
<input type="text"/>	EUR
<input type="text"/>	EUR
<b>Summe der Gesamtausgaben</b>	<b>EUR</b>

# 1. Antrag PROJEKTFÖRDERUNG

## 1.5 Geplante Einnahmen für das Projekt

<b>Einnahmen für das Projekt lt. Finanzierungsplan</b>	
<b>Eigene Mittel</b> (Rücklagen, Sachmittel, Verkauf von Produkten etc.)	EUR
<b>Teilnehmerbeiträge</b>	EUR
<b>Fremde Mittel</b>	
<b>Öffentliche Hand</b>	
Landesmittel, Bundesmittel	EUR
Kommunale Mittel	EUR
<b>Zuschüsse anderer Gesetzlicher Krankenversicherungen (nur Projektförderung)</b>	
AOK	EUR
BARMER	EUR
BKK	EUR
DAK	EUR
HEK	EUR
HKK	EUR
IKK	EUR
KKH	EUR
TK	EUR
	EUR
<b>Zuschüsse sonstiger Sozialversicherungsträger</b>	
Pflegeversicherung nach § 45 d i.V. m. § 45 c SGB XI	EUR
Rentenversicherung	EUR
Unfallversicherung	EUR
<b>Sonstige Einnahmen</b>	
Sponsoring (z.B. Pharmaunternehmen, Medizinprodukte-Hersteller)	EUR
Erhaltene Leistungen Dritter (geldwerte Dienstleistungen)	EUR
Spenden oder Zuwendungen von Stiftungen	EUR
Weitere Einnahmen (z.B. aus Lotterien/ Bußgeldern)	EUR
<b>Summe Fremde Mittel</b>	<b>EUR</b>
<b>Summe der Gesamteinnahmen</b>	<b>EUR</b>

# 1. Antrag PROJEKTFÖRDERUNG

---

## 1.6 Abschließende Erklärung

<b>Der Antragsteller erklärt, dass</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• die Angaben im Antrag richtig und vollständig sind.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• er über eine ordnungsgemäße Geschäfts- und Buchführung und eine entsprechende Verwaltung verfügt.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• die Grundsätze zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit eingehalten werden.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• die im aktuellen GKV-Leitfaden (A.5.3 a und b) genannten Fördervoraussetzungen zur Kontoführung eingehalten werden.</li></ul>

Der Antragsteller nimmt zur Kenntnis, dass bei einem positiven Bescheid kein Anspruch auf Förderung in gleicher Höhe in den folgenden Haushaltsjahren besteht.

Der Antragsteller wird auf Anforderung des Fördermittelgebers ggf. weitere Unterlagen und Nachweise, die für die Beurteilung des Antrags notwendig sind, zur Verfügung stellen. Er nimmt zur Kenntnis, dass der Fördermittelgeber bei vorsätzlich falschen oder grob fahrlässigen Angaben berechtigt ist, die Fördermittel ganz oder teilweise zurückzufordern.

Ort, Datum

### 1. Legitimiertes Gruppenmitglied

Name, Vorname in Druckbuchstaben

### 2. Legitimiertes Gruppenmitglied

Ort, Datum

Name, Vorname in Druckbuchstaben