

# Kassenartenübergreifende Pauschalförderung Rheinland-Pfalz

## Antragsformular Gruppenneugründung

### örtliche/regionale Selbsthilfegruppen 2023

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 § 20h SGB V benötigt. Eine fehlende Mitwirkung kann zur Ablehnung Ihres Antrages führen. Ein Rechtsanspruch auf Pauschalförderung und auf eine bestimmte Fördersumme besteht nicht.

Reichen Sie deshalb den Antrag mit den erforderlichen Anlagen **nur vollständig ausgefüllt und unterschrieben im Original ein** (s. hierzu Seiten 5 u. 6). Änderungen im Antragsvordruck durch den Antragsteller sind nicht zulässig.

# 1. Antrag GRUPPENNEUGRÜNDUNG für das Förderjahr 2023

---

## 1.1. Kontaktdaten

Name des Antragstellers (der Selbsthilfegruppe):

Anschrift bzw. Kontaktadresse für den Schriftverkehr:

Telefon:

E-Mail:

Fax:

Internet:

## 1.2. Bankverbindung:

Kontoinhaber:

Kreditinstitut:

IBAN:

BIC:

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

Name:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

# 1. Antrag GRUPPENNEUGRÜNDUNG für das Förderjahr 2023

## 1.4. Angaben zur Selbsthilfegruppe (SHG)

Treffpunkt der Selbsthilfegruppe (mit Anschrift):

[Redacted]

[Redacted]

Mit welchem Krankheitsbild befasst sich die Selbsthilfegruppe?

[Redacted]

Seit wann besteht die SHG?

[Redacted]

Ist die SHG offen für neue Mitglieder?

[Redacted]

Wie viele Mitglieder hat die SHG?

[Redacted]

Wie viele Personen nehmen regelmäßig an den Gruppentreffen teil?

[Redacted]

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

[Redacted]

Ist die SHG bundeslandübergreifend tätig?  Ja  Nein

Wenn ja, Sitz der SHG:

[Redacted]

Krankheitsbezogene Selbsthilfe der Gruppe findet in folgenden Bundesländern statt:

[Redacted]

Ist die SHG Mitglied in einem Landesverband/Bundesverband?

Ja

Nein

Wenn ja, in welchem:

[Redacted]

Muss die SHG Raummiete/Nebenkosten bezahlen?

Ja

Nein

Wenn ja, an wen:

[Redacted]

in welcher Höhe:

[Redacted]

Anlass der

Raumnutzung:

[Redacted]

Wird die Gruppe

ehrenamtlich geleitet

durch Betroffene und/oder Angehörige geleitet

Wird die Gruppe

professionell geleitet (von einer professionellen Fachkraft angeleitet)  ja

nein

wenn ja: Erfolgt die Leitung im Rahmen einer beruflichen Tätigkeit?  ja

nein

Die Gruppe steht ausschließlich unter professioneller Leitung  
und wird nicht ehrenamtlich geführt

 ja nein

Erläuterung dazu:

Wurde oder wird für das aktuelle Kalenderjahr ein Antrag auf Selbsthilfeförderung betreffend  
**Pflegebedürftige/Pflegende Angehörige** nach SGB XI gestellt?  ja  nein

Unsere Gruppe  hat keine Fördergelder nach SGB XI  
 hat hierzu Fördergelder in Höhe von  Euro  
für das Jahr  erhalten.

Insofern über den Antrag nach SGB XI später entschieden wird, werden wir die GKV-Gemeinschafts-  
förderung Selbsthilfe unverzüglich entsprechend informieren.

### 1.5. Angaben zur beantragten pauschalen Förderung:

Bitte beschreiben Sie, wofür der pauschale Zuschuss verwendet werden soll:

**Höhe der beantragten Fördermittel**

**600 EUR**

# 1. Antrag GRUPPENNEUGRÜNDUNG für das Förderjahr 2023

## 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>
<ul style="list-style-type: none"><li>• die Bestimmungen der Datenschutzgesetze und der EU-Datenschutz-Grundverordnung beachtet werden,</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• für digitale Angebote und Anwendungen die geltenden Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit gewährleistet werden (gemäß Selbsthilfe-Leitfaden A.5.1 – A.5.4).</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. Vertretungsbefugter\*

Name, Vorname in Druckbuchstaben

### 2. Vertretungsbefugter\*

Ort, Datum

Name, Vorname in Druckbuchstaben

Stempel bzw. Name der Gruppe  
(ggf. auch von Selbsthilfekontaktstelle oder Landesverband):



Unterschrift – 1. Vertretungsbefugter\*



Unterschrift – 2. Vertretungsbefugter\*

\*Bei Gruppenneugründungen kann eine der Unterschriften auch von einer Selbsthilfekontaktstelle oder dem zuständigen Landesverband geleistet werden.

## 2. Datenverwendungserklärung

---

(Anlage 1)

### Noch eine Bitte im eigenen Interesse der Antragsteller:

Wichtige Voraussetzung zur besseren Umsetzung der Selbsthilfeförderung nach § 20h SGB V ist größtmögliche Transparenz der Förderung. Um dieses Ziel zu erreichen, bedarf es eines verbesserten Informationsaustausches und einer gesicherten Datengrundlage zum Förderverfahren. Außerdem ist es wünschenswert, dass Menschen, die an der Selbsthilfe interessiert sind, auch über die Ansprechpartner der Krankenkassen und ihrer Verbände Informationen zu Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen erhalten können.

Zur Antragsbearbeitung und eventuellen Abstimmung Ihres Antrags innerhalb der GKV, mit weiteren Fördermittelgebern und/oder mit zuständigen Selbsthilfeorganisationen/Selbsthilfekontaktstellen benötigen wir **zwingend** folgende Einverständniserklärung.

---

Wir willigen ein, dass die Angaben aus dem Antrag für folgende Zwecke verwendet werden dürfen:

- Antragsbearbeitung,
- Beratungen im Rahmen des gesetzlichen Förderverfahrens innerhalb der gesetzlichen Krankenkassen und ihrer Verbände sowie mit den Vertretern der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Organisationen,
- Information unserer Selbsthilfeeinrichtung durch die gesetzlichen Krankenkassen zu den gesetzlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen der gesundheitsbezogenen Selbsthilfeförderung,
- Dokumentation des Fördergeschehens für interne Zwecke der jeweiligen Krankenkassen und ihrer Verbände,
- Information und Beratung der Versicherten und der interessierten Öffentlichkeit über Art der Selbsthilfeeinrichtung, betroffenes Krankheitsbild, Name der Selbsthilfeeinrichtung sowie die für die Erreichbarkeit erforderlichen Daten,
- Aufnahme in Adressverteiler für die Weitergabe von Informationen für die Selbsthilfe, Einladungen zu Selbsthilfetagungen und für die Zusendung von kasseninternen Selbsthilfeeinformationen.

Wir willigen in diese o.g. Datenverwendung ein:

Ort, Datum

Unterschrift

### 3. Nachweis über die Mittelverwendung gemäß § 20h SGB V

(Anlage 2)

Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift der Selbsthilfegruppe):

Name/Ansprechpartner/-in bei eventuellen  
Rückfragen:

Telefon:

Bewilligungsschreiben  
vom:

Geschäftszeichen:

Bewilligter Betrag:

4.1.3

600,-

€

Verwendungszweck:

Gruppenneugründung

Der Empfänger der Fördermittel bestätigt, dass

- die Mitteilungspflichten gem. Leitfaden Selbsthilfeförderung erfüllt sind,
- die Fördermittel wirtschaftlich, sparsam und zweckgebunden verwendet wurden,
- Gegenstände, deren Anschaffungswert 800,- Euro (ohne Mehrwertsteuer) übersteigt, inventarisiert sind,
- die Fördermittel ausschließlich für satzungsgemäße gesundheitsbezogene Selbsthilfeaufgaben der Selbsthilfegruppe verwendet wurden.

#### 1. Vertretungsbefugter

Ort, Datum

Name in Druckbuchstaben

rechtsverbindliche Unterschrift



#### 2. Vertretungsbefugter

Ort, Datum

Name in Druckbuchstaben

rechtsverbindliche Unterschrift



Zurück an:

„GKV-Gemeinschaftsförderung  
Selbsthilfe Rheinland-Pfalz“  
c/o AOK Rheinland-Pfalz/Saarland  
Die Gesundheitskasse  
Gisela Stichler  
Rizzastraße 11  
56068 Koblenz

## 4. Kontaktadresse für die Antragstellung

(Anlage 3)

Anträge auf Pauschalförderung bitte nur bei folgendem Federführer abgeben:

### Federführer im Jahr 2023

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse

Markt und Service

Rizzastr. 11, 56068 Koblenz

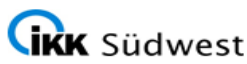
Telefon 0261 3904-240

E-Mail: gisela.stichler@rps.aok.de



Die kassenartenübergreifende Pauschalförderung nach § 20h SGB V im Land Rheinland-Pfalz wird durch die „GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe Rheinland-Pfalz“ gewährleistet.

Mitglieder der GKV-Gemeinschaftsförderung in Rheinland-Pfalz sind:



#### IKK Südwest

Kirsten Beck

Hoevelstr. 19-23

56073 Koblenz

Telefon 0261 89 96-7102, Fax 0261 89 96-7195

E-Mail: kirsten.beck@ikk-sw.de

#### vdek Landesvertretung

##### Rheinland-Pfalz

Sarah Dreis

Wilhelm-Theodor-Römheld Str.22

55130 Mainz

Telefon: 06131 / 98 255 -11

E-Mail: sarah.dreis@vdek.com

#### SVLFG - Landwirtschaftliche Krankenkasse

Elmar Reuter

Theodor-Heuss-Str. 1

67346 Speyer

Telefon 0561 785-12061, Fax 0561 785-219009

E-Mail: elmar.reuter@svlfg.de

#### BKK Landesverband Mitte

Andrea May

Wallstr. 88

55122 Mainz

Telefon 06131 3305-18, Fax 06131 3305-72

E-Mail: andrea.may@bkkmitte.de

#### KNAPPSCHAFT

##### Regionaldirektion Saarbrücken

Iris Neuhardt

St. Johanner Str. 46-48

66111 Saarbrücken

Telefon 0681 4002-1314, Fax 0234 97838-13588

E-Mail: iris.neuhardt@kbs.de

#### AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse

Stefanie Lind

Rizzastr. 11

56068 Koblenz

Telefon 0261 3904 101

E-Mail: stefanie.lind@rps.aok.de