

Antragsunterlagen zur Projektförderung von Selbsthilfekontaktstellen und- Landes- Organisationen gemäß § 20c SGB V im Rahmen der krankenkassenindividuelle Förderung

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 c SGB V benötigt. Eine fehlende Mitwirkung kann zur Ablehnung Ihres Antrages führen.

Anlage 1: Antragsformular

Anlage 2: Strukturhebungsbogen

Anlage 3: Datenschutzhinweis

Vom Antragsteller sind beizufügen:

Gesamtfinanzierung des Vorjahres

Gesamtfinanzierungsplan des Antragsjahres

Jahrestätigkeitsbericht des Vorjahres

Antrag auf Projektförderung der Selbsthilfekontaktstelle und – Landesorganisation nach § 20 c SGB V

für das Förderjahr

AOK Berlin
Prävention und Rehabilitation
Diana Gromm

10957 Berlin

Name des Förderempfängers:

Anschrift :

Telefon: Fax:

E-Mail: Internet:

Bankverbindung

Kontoinhaber:

Kontonummer:

Bankleitzahl:

Bank /
Kreditinstitut:

AnsprechpartnerIn der Selbsthilfekontaktstelle / Landesorganisation bei evtl.

Rückfragen zum Antrag

Name:

Telefon: Fax:

E-Mail: Internet:

Angaben und Daten zum Antrag

- 1) Bitte beschreiben Sie, wofür die Projektförderung verwendet werden soll:
(Ziel, Zielgruppe, Laufzeit, ggf. gesondertes Blatt beifügen)

- 2) Kosten des Projektes

Gesamtkosten des Projektes

_____ €

Wird mitfinanziert mit einem Eigenanteil von

_____ €

Es wird eine Projektförderung in Höhe von beantragt:

_____ €

- 3) Weitere Anträge für das Projekt wurden beantragt bei:

Anderen gesetzlichen Krankenkassen

_____ € beantragt bewilligt

_____ € beantragt bewilligt

_____ € beantragt bewilligt

Unfallversicherung

_____ € beantragt bewilligt

Rentenversicherung

_____ € beantragt bewilligt

öffentliche Hand (z.B. Länder, Kommunen)

_____ € beantragt bewilligt

Wirtschaftsunternehmen

(Pharmaunternehmen, Medizinproduktehersteller)

_____ € beantragt bewilligt

Es wurden bei keiner der vorgenannten Institution ein Antrag gestellt.

Ein Rechtsanspruch auf eine bestimmte Fördersumme besteht nicht. Die Höhe der Förderung entscheidet sich aufgrund der im jeweiligen Förderjahr vorhandenen Gesamtfördersumme und der Anzahl und dem Förderbedarf aller Antragsteller.

Die Selbsthilfekontaktstelle oder -Landesorganisation verpflichtet sich, die finanzielle Förderung zweckgebunden – nach § 20 c SGB V – zu verwenden.

Ort, Datum

rechtsverbindliche Unterschrift (und ggf. Stempel)

Verwendungsnachweis

Bitte reichen Sie die Originalrechnungen nach Abschluss des Projektes bei uns ein.

Folgende Anlagen sind von der Selbsthilfekontaktstelle diesem Antrag beizufügen:

- aktueller Strukturhebungsbogen
- Leitbild oder/ und Selbstdarstellung/Einrichtungskonzept
- Jahrestätigkeitsbericht des Vorjahres
- Jahresplanung des Antragsjahres
- Gesamtfinanzierungsübersicht für das abgelaufene Förderjahr
- Gesamtfinanzierungsplan des Antragsjahres (ggf. Entwurf)
- Datenschutzhinweis (Anlage 3)

Folgende Anlagen sind von der Selbsthilfe-Landesorganisation diesem Antrag beizufügen:

- aktueller Strukturhebungsbogen
- aktuelle Satzung/ Organisationskonzept
- Aktueller Körperschaftssteuerfreistellungsbescheid des Finanzamtes
- Haushaltsplan für das Antragsjahr (ggf. Entwurf)
- Mitteilung über die letzte Entlastung des Vorstandes durch die Mitglieder- bzw. Delegiertenversammlung
- Jahrestätigkeitsbericht für das abgelaufene Förderjahr
- Datenschutzhinweis (Anlage 3)

Fehlende Unterlagen reichen wir bis zum

nach.

Strukturerhebungsbogen für Selbsthilfekontaktstellen

1. Name der Selbsthilfekontaktstelle:

Anschrift der Selbsthilfekontaktstelle:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Internet:

Ansprechpartner/in in der Selbsthilfekontaktstelle

2. Träger der Selbsthilfekontaktstelle (falls abweichend von Punkt 1.):

Anschrift des Trägers:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Internet:

rechtsverbindliche/r Ansprechpartner/in des Trägers

Name
(Funktion)

3) Strukturangaben zur Selbsthilfekontaktstelle

3.1) Gründungsjahr der Selbsthilfekontaktstelle:

3.2) Über welche Angebote verfügt die Selbsthilfekontaktstelle und welche Aktivitäten führt die Selbsthilfekontaktstelle regelmäßig im Interesse von krankheitsbezogenen Selbsthilfegruppen durch? (z.B. Durchführung von Selbsthilfetagen)

3.3) Öffnungs- bzw. Sprechzeiten der Selbsthilfekontaktstelle (Tag/Zeit):

3.4) Anzahl der Beratungs- und Büroräume der Selbsthilfekontaktstelle:

3.5) Anzahl der hauptberuflichen **dauerhaften** (Beschäftigungsverhältnis mind. ein Jahr) Stellen der Selbsthilfekontaktstelle

keine unter 1 1 bis 2 2 bis 5 mehr als 5

3.5.1) Gesamtanzahl der regelmäßig für die Tätigkeit in der Selbsthilfekontaktstelle zur Verfügung stehenden Arbeitsstunden:

3.5.2) Fachliche Qualifikation der MitarbeiterInnen der Selbsthilfekontaktstelle
(bitte genau benennen)

3.5.3) Ist für die MitarbeiterInnen der Selbsthilfekontaktstelle die regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen vorgesehen?

Ja Nein

Wenn ja, bitte geplante Maßnahmen im aktuellen Förderjahr benennen:

3.6) Erfolgt im aktuellen Förderjahr voraussichtlich eine Förderung der Selbsthilfekontaktstelle durch die öffentliche Hand?

Ja Nein

Wenn ja, bitte im beigefügten Gesamtfinanzierungsplan angeben.

3.7) Einzugsbereich der Selbsthilfekontaktstelle

(Bitte nennen Sie die/den Region, Bezirk, Kreis, Stadt)

3.7.1) Anzahl der Einwohner/innen im Einzugsbereich der Selbsthilfekontaktstelle

3.8) Anzahl der gesundheits- bzw. krankheitsbezogenen Selbsthilfegruppen im Einzugsbereich der Selbsthilfekontaktstelle:

3.8.1) Anzahl der gesundheits- bzw. krankheitsbezogenen Selbsthilfegruppen und – mitglieder, die die Angebote der Selbsthilfekontaktstelle regelmäßig nutzen:

3.9) Ist die Selbsthilfekontaktstelle grundsätzlich für alle Interessenten/Bürger offen?

Ja Nein Nur für Mitglieder des Trägers

Wenn nein, bitte Begründung angeben:

3.10) Ist die Selbsthilfekontaktstelle neutral ausgerichtet (z.B. keine parteipolitische Ausrichtung, keine Verfolgung kommerzieller Interessen)

Ja Nein

Wenn nein, bitte erläutern:

3.11) Arbeitet die Selbsthilfekontaktstelle themen-, bereichs- und indikationsübergreifend?

Ja Nein

Wenn nein, bitte Spezialisierung erläutern:

3.12) Dokumentiert die Selbsthilfekontaktstelle die regionalen Selbsthilfegruppen, die Anliegen der Ratsuchenden und die übrigen alltäglichen sowie einmaligen Aktivitäten?

Ja Nein

Wenn ja, in welcher Form?

Wenn nein, bitte Begründung angeben:

3.13) Wie wird das fachliche, eigenständige institutionelle Profil der Selbsthilfekontaktstelle in der Öffentlichkeit dokumentiert? (z. B. durch ein Leitbild, Jahresbericht)

3.14) Erfolgt eine aktive Mitarbeit der Selbsthilfekontaktstelle in der Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen? (zur Mitarbeit zählen nicht die Teilnahme an Veranstaltungen z. B. Selbsthilfetagen oder Fachtagungen)

Ja Nein

Wenn ja, in welcher Form?

Wenn nein, bitte Begründung angeben:

3.15) Hat sich der Träger der Kontaktstelle eine Selbstverpflichtung zum Umgang mit im Wettbewerb stehenden Wirtschaftsverbänden/-unternehmen gegeben? (z.B. zur Zusammenarbeit bzw. zum Sponsoring)

Ja

Nein

Ort, Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift /
Stempel

Strukturerhebungsbogen für Selbsthilfeorganisationen auf Landesebene

Stand der nachstehenden
Angaben: (Datum)

Name des Landesverbandes:

Anschrift:

Vorsitzende(r)/Präsident(in):

ggf. Geschäftsführer(in):

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Internet:

1) a) Gründungsjahr des Landesverbandes:

b) Jahr der Eintragung in das Vereinsregister:

c) Falls noch keine Eintragung erfolgte, bis wann ist die Eintragung
vorgesehen?

d) Gründe für Nichteintragung in das Vereinsregister:

2) a) Gesamtzahl der Einzelmitglieder (Personen):

b) Gesamtzahl aller örtlichen Selbsthilfegruppen des
Landesverbandes im Land Berlin und Zahl der Mitglieder:

c) Gesamtzahl aller örtlichen Selbsthilfegruppen des
Landesverbandes im Land Brandenburg:

3) a) Werden Mitgliedsbeiträge vom Landesverband erhoben?: Ja Nein

b) Wenn ja, Höhe des Mitgliedsbeitrages: €

4) In welchen Organisationen ist Ihr Landesverband Mitglied?:

- Landesvereinigung Selbsthilfe Berlin
- Landesverband des Paritätischen e.V. (DPWV)
- Andere Wohlfahrts-
/Sozialverbände:
- Sonstige (z.B. Fachgesellschaften):

5) Anzahl der hauptberuflichen Stellen im Landesverband

- keine unter 1 1 bis 2 3 bis 5 6 bis 10 mehr als 10

6) Tätigkeitsfelder gem. Krankheitsverzeichnis nach § 20c SGB V.

(Siehe www.sekis.de/Antraege_und_Materialien.159.0.html) (Mehrfach-Nennungen möglich)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Hirnbeschädigungen |
| <input type="checkbox"/> Krankheiten des Skeletts, der Gelenke
der Muskeln und des Bindegewebes | <input type="checkbox"/> Endokrine Ernährungs- und
Stoffwechselkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen | <input type="checkbox"/> Krankheiten des Blutes, des
Immunsystems/Immundefekte |
| <input type="checkbox"/> Allergische und asthmatische
Erkrankungen, Atemwegserkrankungen | <input type="checkbox"/> Krankheiten der Sinnesorgane / Hör-, Seh- und
Sprachbehinderungen |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Verdauungsorgane
und des Urogenitaltraktes | <input type="checkbox"/> Infektiöse Krankheiten |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> Psychische und Verhaltensstörungen /
Psychische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen | <input type="checkbox"/> Angeborene Fehlbildungen / Deformitäten und
Behinderungen |
| <input type="checkbox"/> Suchterkrankungen | <input type="checkbox"/> Chronische Schmerzen |
| <input type="checkbox"/> Krankheiten des Nervensystems | <input type="checkbox"/> Organtransplantationen |

7) Selbstdarstellung des Landesverbandes:

- Broschüre, Faltblatt o. ä. zur Selbstdarstellung des Landesverbandes, der Ziele
und der Arbeitsschwerpunkte ist beigelegt.

8) Hat sich der Landesverband eine Selbstverpflichtung zum Umgang mit im
Wettbewerb stehenden Wirtschaftsverbänden/-unternehmen gegeben? (z.B. zur
Zusammenarbeit bzw. zum Sponsoring)

- Ja Nein

Ort / Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift / Stempel

Datenschutzhinweis

Wichtige Voraussetzung zur besseren Umsetzung der Selbsthilfeförderung nach § 20 c SGB V ist eine größere 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 Informationen zu Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen erhalten können.

Damit die weitergehende Verwendung der entsprechenden Informationen auf rechtlich abgesicherter Basis erfolgen kann, benötigen wir eine entsprechende Einverständniserklärung. Wir möchten Sie bitten, uns nachfolgend Ihr Einverständnis zu erklären:

Diese Einverständniserklärung zur weitergehenden Datenverwendung ist freiwillig und unabhängig von der Bearbeitung Ihres Antrages auf Fördermittel. Ein Widerruf ist jederzeit bei der GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe im Land Berlin möglich.

Einverständniserklärung zur weitergehenden Datenverwendung:

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

- Dokumentation des Fördergeschehens für interne Zwecke der beteiligten Krankenkassen und ihrer Verbände;
- 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 und Beratung der Versicherten und der interessierten Öffentlichkeit über Art und Name der Organisation, die für die Erreichbarkeit der Organisation erforderlichen Daten sowie die bearbeiteten Krankheitsbilder.

Die Daten werden für keinen anderen Zweck verwendet. Wir willigen in diese weitergehende Datenverwendung ein:

Ort / Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift / Stempel