

Arbeitsgemeinschaft der „Selbsthilfeförderung der GKV in Sachsen-Anhalt“

Antrag der Selbsthilfekontaktstelle auf Förderung gemäß § 20 c SGB V für das Jahr _____

An die Arbeitsgemeinschaft der
„Selbsthilfeförderung der GKV in
Sachsen-Anhalt“

Postanschrift:
VdAK/AEV-Landesvertretung
Schleiufer 12
39104 Magdeburg

AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

Schleiufer 12, 39104 Magdeburg

AOK Sachsen-Anhalt

Lüneburger Straße 4, 39106 Magdeburg

BKK - Landesverband Ost

Landesrepräsentanz Sachsen-Anhalt

Universitätsplatz 12, 39104 Magdeburg

Knappschaft Bezirksleitung Halle

Merseburger Str. 52, 06110 Halle

IKK Landesverband Sachsen-Anhalt

Umfassungsstraße 85, 39124 Magdeburg

LKK Mittel-und Ostdeutschland

handelt als Landesverband

Hoppegartener Str. 100, 15366 Hoppegarten

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.

Schleiufer 12, 39104 Magdeburg

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: Strukturerhebungsbogen**
- Anlage 2: Antragsformular**
- Anlage 3: Datenschutzhinweis**
- Anlage 4: Verwendungsnachweis**

Definition:

Selbsthilfekontaktstellen:

- sind örtlich oder regional arbeitende professionelle Beratungseinrichtungen mit hauptamtlichem Personal.
- stellen bereichs-, themen- und indikationsgruppenübergreifend Dienstleistungsangebote bereit, die auf die Unterstützung und Stabilisierung von Selbsthilfeaktivitäten abzielen.
- beraten an Selbsthilfe interessierte Bürgerinnen und Bürger.
- sind allen Interessierten öffentlich zugänglich und stellen eine regelmäßige Erreichbarkeit sowie Öffnungs- und Sprechzeiten sicher.
- bieten bestehenden Selbsthilfegruppen infrastrukturelle Hilfe (wie z.B. Räume) an.
- stellen sächliche und technische Ressourcen zur Verfügung.
- unterstützen Betroffene aktiv bei der Gruppengründung.
- stärken die Kooperation und Zusammenarbeit von Selbsthilfegruppen und Professionellen (insbesondere Ärzte).
- dokumentieren die regionalen Selbsthilfegruppen bzw. Interessentenwünsche.
- tragen durch Öffentlichkeitsarbeit zur größeren Bekanntheit und Akzeptanz von Selbsthilfegruppen bei.

Arbeitsgemeinschaft der „Selbsthilfeförderung der GKV in Sachsen-Anhalt“

Anlage1
Stand der Angaben:
(bitte angeben)

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)

Arbeitsgemeinschaft der „Selbsthilfeförderung der GKV in Sachsen-Anhalt“

Strukturangaben zur Selbsthilfekontaktstelle

Gründungsjahr der Selbsthilfekontaktstelle:

Welche Aktivitäten führt die Selbsthilfekontaktstelle regelmäßig im Interesse von krankheitsbezogenen Selbsthilfegruppen durch? (z.B. Durchführung von Selbsthilfetagen)

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

Anzahl der hauptberuflichen Stellen der Selbsthilfekontaktstelle

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

Erfolgt eine Förderung der Selbsthilfekontaktstelle durch die öffentliche Hand?

Ja Nein

Wenn ja, in welcher Form (z.B. kommunale Mittel, Landesmittel) und Höhe:

Für welchen Einzugsbereich ist die Selbsthilfekontaktstelle tätig?
(Bitte nennen Sie die/den Region, Bezirk, Kreis, Stadt)

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

Ist die Selbsthilfekontaktstelle grundsätzlich für alle Interessenten/Bürger offen?

Ja Nein Nur für Mitglieder des Trägers

Wenn nein, bitte Begründung angeben:

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

Ja Nein

Arbeitsgemeinschaft der „Selbsthilfeförderung der GKV in Sachsen-Anhalt“

Wenn nein, bitte erläutern:

Arbeitet die Selbsthilfekontaktstelle fach- und indikationsübergreifend?

Ja Nein

Wenn nein, bitte Spezialisierung erläutern:

Gibt es eine thematische Schwerpunktsetzung?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Dokumentiert die Selbsthilfekontaktstelle die regionalen Selbsthilfegruppen sowie die Anliegen der Ratsuchenden?

Ja Nein

Wenn nein, bitte Begründung angeben, warum nicht:

Erfolgt eine aktive Mitarbeit der Selbsthilfekontaktstelle in der Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen?

Ja Nein

Wenn nein, bitte Begründung angeben, warum nicht:

Ort, Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift / Stempel

**Antrag auf Förderung der Selbsthilfekontaktstelle
nach § 20 Abs. 4 SGB V**

für das Förderjahr ¹⁾

Name des Förderempfängers:

Anschrift :

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Internet:

Bankverbindung:

Kontoinhaber

Kontonummer

Bankleitzahl

Bank / Kreditinstitut

Ansprechpartner/in der Selbsthilfekontaktstelle bei evtl. Rückfragen zum Antrag

Name:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Internet:

¹⁾ Antragsfrist für die Einreichung von Förderanträgen ist der **31. Januar** des laufenden Jahres für das folgende Jahr.

Arbeitsgemeinschaft der „Selbsthilfeförderung der GKV in Sachsen-Anhalt“

Zutreffendes bitte X ankreuzen.

Antrag auf pauschale Förderung

1) Die Selbsthilfekontaktstelle beantragt eine **pauschale Förderung** zur Erfüllung folgender

Aufgaben:

Information, Aufklärung und Beratung der Betroffenen, ihrer Angehörigen oder anderer Interessierter

Qualifizierungsmaßnahmen, die im Zusammenhang mit der originären gesundheitsbezogenen Selbsthilfe- bzw. -kontaktstellenarbeit stehen

Öffentlichkeitsarbeit und Durchführung von Veranstaltungen und Aktionen (z.B. Broschüren, Informationsmedien, Kongresse, Workshops, Seminare, Selbsthilfetage).

Weitere gesundheitsbezogene Aufgaben:

Die Selbsthilfekontaktstelle beantragt hiermit eine pauschale Förderung

Euro.

Arbeitsgemeinschaft der „Selbsthilfeförderung der GKV in Sachsen-Anhalt“

6.) Folgende Anlagen sind diesem Antrag beigefügt:

(Bitte kreuzen Sie an, welche Anlagen dem Antrag beiliegen)

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Einrichtungskonzept/Satzung | <input type="checkbox"/> liegt bereits vor | <input type="checkbox"/> ist beige- |
| fügt | | |
| <input type="checkbox"/> Strukturerhebungsbogen | <input type="checkbox"/> liegt bereits vor | <input type="checkbox"/> ist beige- |
| fügt | | |
| <input type="checkbox"/> Haushaltsplan | <input type="checkbox"/> liegt bereits vor | <input type="checkbox"/> ist beige- |
| fügt | | |
| <input type="checkbox"/> Projektfinanzierungsplan | <input type="checkbox"/> liegt bereits vor | <input type="checkbox"/> ist beige- |
| fügt | | |
| <input type="checkbox"/> Einrichtungsprospekt, Selbstdarstellung,
Programmheft, Sach-/Jahresbericht o.ä. | <input type="checkbox"/> liegt bereits vor | <input type="checkbox"/> ist beige- |
| fügt | | |

Fehlende Unterlagen reichen wir bis zum nach.

Die Selbsthilfekontaktstelle verpflichtet sich, die finanziellen Zuschüsse zweckgebunden – gemäß § 20 Abs. 4 SGB V – zu verwenden.¹

Ort, Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift / Stempel

¹ Die Arbeitsgemeinschaft „Selbsthilfeförderung der GKV in Sachsen-Anhalt“ behält sich im Einzelfall vor, detaillierte Nachweise über die Mittelverwendung beim Förderempfänger anzufordern. Bei vorsätzlich falschen oder grob fahrlässigen Angaben sind die Arbeitsgemeinschaft und/oder deren Mitglieder (Krankenkassen, der Krankenkassenverbände) berechtigt, finanzielle Zuwendungen zurückzufordern.

Arbeitsgemeinschaft der „Selbsthilfeförderung der GKV in Sachsen-Anhalt“

Anlage 3

Noch eine Bitte in eigener Sache:

Wichtige Voraussetzung zur besseren Umsetzung der Selbsthilfeförderung nach § 20 Abs. 4 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 entsprechendes 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/ dem für Sie zuständigen Krankenkasse/ Verband möglich.

Einverständniserklärung zur weitergehenden Datenverwendung:

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

Dokumentation des Fördergeschehens für interne Zwecke der jeweiligen 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 der Organisation, betroffenes Krankheitsbild, Name der Organisation, sowie die für die Erreichbarkeit der Organisation erforderlichen Daten

Wir willigen in diese weitergehende Datenverwendung ein:

.....

...
Datum

.....
Unterschrift

