

**Absender:**

\_\_\_\_\_  
*Name der Selbsthilfegruppe*

\_\_\_\_\_  
*Ort des Gruppentreffens*

\_\_\_\_\_  
*Ansprechpartner: Name, Vorname*

\_\_\_\_\_  
*Straße*

\_\_\_\_\_  
*PLZ / Ort*

\_\_\_\_\_  
*Telefon (tagsüber / Fax)*

\_\_\_\_\_  
*E-Mail / ggf. Internetseite*

**Antrag auf Gewährung von Zuschüssen  
örtlicher Selbsthilfegruppen für das Jahr \_\_\_\_\_**

**Antrag an die Krankenkassen auf:**

Kassenartenübergreifende Pauschalförderung gemäß § 20c SGB V

**Antrag an die Stadt Köln**

**Gesundheitsamt auf:**       **Amt für Soziales und Senioren auf:**

Pauschale Fehlbedarfsförderung

**Antrag an die Selbsthilfe-Kontaktstelle Köln auf:**

Pauschale Fehlbedarfsförderung

**Wir sind Mitglied in einem:**

Landesverband / Bundesverband       ja     nein

Spitzenverband der freien Wohlfahrtspflege       ja     nein

\_\_\_\_\_  
**Antragsteller / Unterschrift 1**

\_\_\_\_\_  
**Antragsteller / Unterschrift 2**

**Bankverbindung:**

unsere SHG verfügt über ein eigenes Konto     unsere SHG verfügt über kein eigenes Konto \* und siehe Leitfaden

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geldinstitut: \_\_\_\_\_

Kontonummer: \_\_\_\_\_

Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

**\* Erklärung (bitte unterschreiben):** Hiermit erkläre ich, dass ich stellvertretend für die Selbsthilfegruppe die Fördermittel in Empfang nehme. Ich bin verantwortlich für die ordnungsgemäße Verwendung des Geldes, sowie für die Ausstellung eines entsprechenden Verwendungsnachweises.

\_\_\_\_\_  
**Kontoinhaber Unterschrift**

# Angaben zur Selbsthilfegruppe

1. Mit welchem Krankheitsbild bzw. Thema befasst sich die Selbsthilfegruppe:

\_\_\_\_\_

2. Seit wann besteht die Selbsthilfegruppe: \_\_\_\_\_  
(nach Möglichkeit bitte belegen)

Bei eingetragenen Verein (e.V.): \_\_\_\_\_  
zuständiges Amtsgericht

\_\_\_\_\_  
Nummer des Vereinsregisters

Wie viele Mitglieder hat der Verein bzw. die Gruppe: \_\_\_\_\_

Wenn Ihr Verein/Ihre Selbsthilfegruppe mehrere Untergruppen hat, tragen Sie die Angaben zu den Punkten 3 und 4 in der Anlage 3 bitte für jede Gruppe ein, die ihren Treffpunkt in Köln hat.

3. Wie viele Personen nehmen an den Gruppentreffen durchschnittlich teil: \_\_\_\_\_  
davon aus Köln: \_\_\_\_\_

4. Treffen der Selbsthilfegruppe:

Ort: \_\_\_\_\_ Anzahl der Treffen pro Jahr: \_\_\_\_\_

5. Zielgruppen der Selbsthilfegruppe:

(z.B. Eltern behinderter Kinder, Abhängigkeitserkrankte)

\_\_\_\_\_

6. Ziele / Aufgabenstellung der Selbsthilfegruppe:

(z.B. Förderung d. Abstinenz, Einstellungsveränderung zur Krankheit)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Kurzbeschreibung des Angebotes:

(z.B. Gespräche, Vorträge, Umfang und Häufigkeit der verschickten Informationen  
kurz: alle Tätigkeiten u. Leistungen um nachzuvollziehen, wofür Kosten entstehen)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Aufnahmekriterien  ja  nein

wenn ja welche? \_\_\_\_\_

9. Ausschlusskriterien  ja  nein

wenn ja welche? \_\_\_\_\_

10. Ist die Selbsthilfegruppe grundsätzlich offen für neue Mitglieder / Teilnehmer?

ja  nein

**Bitte beachten Sie:** Anlage 1 für Anträge an die Krankenkassen  
Anlage 2 für Anträge an die Stadt Köln

# Voraussichtliche Ausgaben / Planung für das Jahr \_\_\_\_\_

(bitte beachten Sie den Leitfaden des Selbsthilfebeirates)

**ggf. zusätzliche Informationen u. Erläuterungen bitte auf Beiblatt (Anlage 3) notieren**

## Pauschale Förderung durch die

Krankenkassen

Stadt Köln  
Gesundheitsamt

Stadt Köln  
Amt für Soziales u. Senioren

Selbsthilfe-Kontaktstelle

## Miete

Geschäftsstelle (incl. Nebenkosten)

\_\_\_\_\_ €

Gruppentreffen (incl. Nebenkosten)

\_\_\_\_\_ €

Weitere – bitte erläutern: (z.B. Sonderveranstaltungen, Fortbildungen\*)

\_\_\_\_\_ €

## Verwaltungskosten

Telefon / Fax / Internet

\_\_\_\_\_ €

Büromaterial

\_\_\_\_\_ €

Porto

\_\_\_\_\_ €

Kopien

\_\_\_\_\_ €

Ergänzung bzw. Ersatzbeschaffung  
von Mobiliar und technischen Geräten *bitte konkret benennen:*

\_\_\_\_\_ €

## Fahrtkosten

für Gruppenleiter, beratende / aktive Mitglieder - *bitte erläutern:* \_\_\_\_\_ €

## Öffentlichkeitsarbeit

Faltblätter / Plakate / Broschüren

\_\_\_\_\_ €

Referentenkosten bei Veranstaltungen - *bitte erläutern:*

\_\_\_\_\_ €

## Qualifizierung / Fortbildung/Supervision

Fachliteratur

\_\_\_\_\_ €

Teilnehmergebühren, Fahrtkosten, Unterkunft \*\*

\_\_\_\_\_ €

Referentenkosten - *bitte erläutern:*

\_\_\_\_\_ €

## Teilnahme an Gremiensitzungen (Verbandsinterne und regionale/überregionale)

\_\_\_\_\_ €

## Sonstiges

\_\_\_\_\_ €

## Gesamtsumme

\_\_\_\_\_ €

\* bitte nur eintragen, wenn nicht gleichzeitig als Projekt bei einer Krankenkasse beantragt

\*\* Förderung der Unterkunft nur durch Krankenkassen

# Angaben zur beantragten pauschalen Förderung

## **Voraussichtliche Einnahmen:**

<input type="checkbox"/> Mitgliedsbeiträge	_____	€
<input type="checkbox"/> Zuschüsse von Dritten	_____	€
<input type="checkbox"/> sonstige Einnahmen	_____	€
<input type="checkbox"/> Eigenmittel	_____	€
Gesamtsumme	_____	€

**Beantragter Zuschuss** (Betrag angeben): \_\_\_\_\_ €

## **Gleichlautenden Antrag haben wir gestellt bei:**

- Federführende Krankenkasse
- Stadt Köln - Gesundheitsamt
- Stadt Köln - Amt für Soziales und Senioren
- Selbsthilfe-Kontaktstelle

**Für den gleichen Zweck haben wir Anträge gestellt bei:**

\_\_\_\_\_ in folgender Höhe \_\_\_\_\_ €  
\_\_\_\_\_ in folgender Höhe \_\_\_\_\_ €  
\_\_\_\_\_ in folgender Höhe \_\_\_\_\_ €

**Für den gleichen Zweck haben wir keine weiteren Anträge gestellt**

Die Speicherung unserer Daten für Zwecke der Antragsbearbeitung ist zulässig. Die Weitergabe unserer Daten an Dritte ist nur mit schriftlicher Einverständniserklärung unserer Gruppe zulässig.

Die Richtigkeit und Vollständigkeit aller im Antrag angegebenen Angaben wird versichert.

Wir verpflichten uns, alle Zuschüsse zweckgebunden zu verwenden und nachzuweisen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (**bitte immer Originalunterschrift**)  
Vertretungsberechtigtes Mitglied der Selbsthilfegruppe

## ***Nur bei Anträgen an die Krankenkassen***

### **Noch eine Bitte in eigener Sache:**

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 daher 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 für Sie federführenden Stelle möglich.**

Einverständniserklärung zur weitergehenden Datenverwendung:

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

- Dokumentation des Fördergeschehens für interne Zwecke der 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 Organisatoren
- Information und Beratung der Versicherten und der interessierten Öffentlichkeit über Art der Organisation, betroffenes Krankheitsbild, Name der Organisation, sowie für die Erreichbarkeit der Organisation erforderlichen Daten

Wir willigen in diese weitergehende Datenverwendung ein:

---

*Datum/Unterschrift*

### **Dem Antrag beigelegt sind:**

- Vereinssatzung  
*nur notwendig bei Erstanträgen und bei Veränderungen*
- letztgültiger Auszug aus dem Vereinsregister  
*nur notwendig bei Erstanträgen und bei Veränderungen*
- Körperschaftssteuer-Freistellungsbescheid  
*nur notwendig bei Erstanträgen und bei Veränderungen*
- aktueller Kassenbericht
- Handzettel
- Presseartikel
- Sonstiges
- wir verfügen über keine Materialien

