

ARGE Selbsthilfeförderung Mecklenburg-Vorpommern

Kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung

nach § 20c SGB V

Antragsunterlagen für die Förderung der

Selbsthilfekontaktstellen auf Landesebene

Damit die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände über eine Förderung entscheiden können, ist Ihre Mitwirkung gesetzlich vorgeschrieben (vgl. § 60 SGB I). Die folgenden Angaben werden für die ordnungsgemäße Bearbeitung Ihres Antrages auf Förderung nach § 20c SGB V benötigt (vgl. Antragsunterlagen). Eine fehlende Mitwirkung kann zur Ablehnung Ihres Antrages führen.

Zu den Antragsunterlagen gehören die nachstehenden Anlagen:

- | | |
|-----------|--|
| Anlage 1: | Antragsformular für die Pauschalförderung |
| Anlage 2: | Strukturerhebungsbogen |
| Anlage 3: | Datenverwendungserklärung |
| Anlage 4: | Erklärung zur Wahrung der Neutralität und Unabhängigkeit |
| Anlage 5: | Verwendungsnachweis |
| Anlage 6: | Kontaktadresse für die Antragstellung |

**Antragsvordruck für die Beantragung pauschaler Fördermittel
der Selbsthilfekontaktstellen auf Landesebene gemäß § 20c SGB V
für das Förderjahr 2012**

Name der Selbsthilfekontaktstelle:	
[Redacted]	
[Redacted]	
Anschrift:	
[Redacted]	
[Redacted]	
Telefon:	[Redacted]
Fax:	[Redacted]
Email:	[Redacted]
Internet:	[Redacted]
Bankverbindung:	
Kontoinhaber:	[Redacted]
Kreditinstitut:	[Redacted]
Bankleitzahl:	[Redacted]
Kontonummer:	[Redacted]

Ansprechpartner der Selbsthilfekontaktstelle bei eventuellen Rückfragen zum Antrag:

Name:	[Redacted]
Telefon:	[Redacted]
Fax:	[Redacted]
Email:	[Redacted]

Antrag auf pauschale Förderung

(1) Bitte geben Sie an, wofür und in welcher Höhe der beantragte Zuschuss verwendet werden soll:
(Ergänzende Informationen oder Erläuterungen können auf einem separaten Blatt vorgenommen werden.)

Miete/Betriebskosten

- für Landesgeschäftsstelle:

- für andere Räumlichkeiten (bitte erläutern): EUR

Verwaltungskosten

- Personalkosten: EUR

- Kommunikationsmedien (Telefon/Fax/Internet): EUR

- Porto: EUR

- Ersatz/Anschaffung von Mobiliar und technischen Geräten: EUR

- Weitere Sachkosten: EUR

Fahrt-/Reisekosten (bitte erläutern)

EUR

Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Mitgliederzeitung/Medien/PR/Kongress-/Messebeteiligung)

EUR

Qualifizierung / Fortbildung (bitte erläutern, für welche Maßnahmen)

EUR

Andere (z.B. Mitgliedsbeiträge in Organisationen - bitte erläutern)

EUR

(2) Voraussichtliche Einnahmen der Selbsthilfekontaktstelle?

Mitgliedsbeiträge EUR

Öffentliche Zuschüsse (Bundes-, Landesmittel) EUR

Zuschüsse Renten-/Unfallversicherung/Pflegeversicherung EUR

Sponsoring (Pharmaunternehmen, Medizinproduktehersteller etc.) EUR

Eigenmittel (z.B. aus Zweckbetrieb) EUR

Stiftungen EUR

Andere Einnahmen (Lotterien, Bußgelder etc.) EUR

Hat die Kontaktstelle Fördermittel nach den §§ 45d i.V.m. 45c SGB XI für niederschwellige Betreuungsangebote beim Land oder einer Kommune beantragt?

Ja Nein

Wenn ja, für welchen Zweck: EUR

(3) Benötigte Fördermittel

Es wird hiermit eine pauschale Förderung beantragt in Höhe von:

EUR

Mit der Unterschrift bestätigt die Selbsthilfekontaktstelle sowohl ihre Antragstellung auf Pauschalmittel gemäß § 20c SGB V als auch die Einhaltung der Grundsätze der **Erklärung zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit** (vgl. Anlage 4). Der Antragsteller verpflichtet sich weiter, die finanziellen Zuschüsse der Krankenkassen/-verbände zweckgebunden gemäß § 20c SGB V zu verwenden. [Anmerkung: Die Krankenkassen/-verbände behalten sich im Einzelfall vor, die ordnungsgemäße Verwendung der pauschalen Fördermittel zu prüfen. Bei vorsätzlich falschen Angaben ist die Krankenkasse/-verband berechtigt, die finanziellen Zuwendungen zurückzufordern]

Ort, Datum

rechtsverbindliche Unterschrift (und ggf. Stempel)

Bitte beachten:
Nur vollständige Antragsunterlagen gewährleisten eine zeitnahe Prüfung Ihres Förderantrages. Bei der Beantragung pauschaler Fördermittel im Rahmen der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung sind alle nachstehend aufgeführten Antragsunterlagen einzureichen.

Diesem Antrag sind folgende Anlagen beigelegt:

- Strukturhebungsbogen (Anlage 2)
- Datenverwendungserklärung (Anlage 3)
- Jahrestätigkeitsplanung für das Förderjahr (ggf. Entwurf)
- Gesamtfinanzierungsplan für das Förderjahr (ggf. Entwurf)
- Gesamtfinanzierungsplan des abgelaufenen Förderjahres
- Selbstdarstellung der Selbsthilfekontaktstelle (Leitbild, Flyer o.ä.)
- Nachweis über die Mittelverwendung aus dem Vorjahr (Anlage 5)
(sofern der Antragsteller im Vorjahr Pauschalmittel nach § 20c SGB V erhalten hat, ist die Verwendung dieser Mittel bis spätestens 31. März des Folgejahres nachzuweisen.)

- Die noch fehlenden Unterlagen reichen wir bis zum _____ nach.

Strukturerhebungsbogen für Selbsthilfekontaktstellen auf Landesebene

Stand der nachstehenden Angaben: (Datum)

(1) Name der Selbsthilfekontaktstelle:

Anschrift:

AnsprechpartnerIn in der Selbsthilfekontaktstelle:

Telefon: **Telefax:**

E-Mail: **Internet:**

Öffnungs- bzw. Sprechzeiten der Selbsthilfekontaktstelle:

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

Anschrift des Trägers:

Ansprechpartner des Trägers (Name und Funktion):

Telefon: **Telefax:**

E-Mail: **Internet:**

(3) Gründungsjahr der Selbsthilfekontaktstelle:

(4) Anzahl der Beratungs- und Büroräume der Selbsthilfekontaktstelle:

- (5) **Über welche Angebote verfügt die Selbsthilfekontaktstelle und welche Aktivitäten führt sie regelmäßig im Interesse der gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen durch?** (z.B. Selbsthilfetage)

[Empty text area for question 5]

- (6) **Anzahl der hauptberuflichen dauerhaften Stellen in der Selbsthilfekontaktstelle** (Beschäftigungsverhältnis mind. ein Jahr):

keine unter 1 1 bis 2 3 bis 5 mehr als 5

- (7) **Fachliche Qualifikation der MitarbeiterInnen der Selbsthilfekontaktstelle:**

[Empty text area for question 7]

- (8) **Ist für die MitarbeiterInnen der Selbsthilfekontaktstelle die regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen vorgesehen?**

Ja Nein

- (9) **Erfolgt im aktuellen Förderjahr voraussichtlich eine Förderung Ihrer Selbsthilfekontaktstelle durch die öffentliche Hand?**

Ja Nein

Wenn ja, bitte im beigefügten Gesamtfinanzierungsplan angeben.

- (10) **Einzugsbereich der Selbsthilfekontaktstelle**

)

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

[Empty text area for question 10a]

b) Anzahl der EinwohnerInnen im Einzugsbereich:

[Empty text area for question 10b]

c) Anzahl der gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen im Einzugsbereich:

[Empty text area for question 10c]

- (11) **Ist die Selbsthilfekontaktstelle grundsätzlich für alle Interessenten/Bürger offen?**

)

Ja Nein Nur für Mitglieder des Trägers

Wenn nein, bitte Begründung angeben:

[Empty text area for question 11]

(12 Ist die Selbsthilfekontaktstelle neutral ausgerichtet? (keine parteipolitische, religiöse oder weltanschauliche Ausrichtung, keine Verfolgung kommerzieller Interessen)

Ja Nein

Wenn nein, bitte erläutern:

[Empty text box for explanation]

(13 Arbeitet die Selbsthilfekontaktstelle indikationsgruppenübergreifend?

Ja Nein

Wenn nein, bitte Spezialisierung nennen:

[Empty text box for specialization]

(14 Wie stellen Sie das fachliche, eigenständige, institutionelle Profil Ihrer Selbsthilfekontaktstelle in der Öffentlichkeit dar? (z.B. durch ein Leitbild, Jahresbericht)

[Empty text box for public profile]

(15 Erfolgt eine aktive Mitarbeit Ihrer Selbsthilfekontaktstelle in der Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen? (hierzu zählt nicht allein die Teilnahme an Veranstaltungen der Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen)

Ja, in folgender Form:

[Empty text box for active participation]

Nein, weil:

[Empty text box for reason]

[Empty box for location and date]

Ort, Datum

[Empty box for signature and stamp]

rechtsverbindliche Unterschrift (und ggf. Stempel)

Datenverwendungserklärung

Noch eine Bitte in eigener Sache:

Wichtige Voraussetzung zur besseren Umsetzung der Selbsthilfeförderung nach § 20c 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 und ihrer Verbände 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 bitten Sie deshalb, uns nachfolgend Ihr entsprechendes Einverständnis zu erklären:

Diese Einverständniserklärung zur weiter gehenden Datenverwendung ist freiwillig und unabhängig von der Bearbeitung Ihres Antrages auf Fördermittel. Ein Widerruf ist jederzeit möglich.

Einverständniserklärung zur weiter gehenden 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 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 weiter gehende Datenverwendung ein.

Zur Information: Die ARGE Selbsthilfeförderung Mecklenburg-Vorpommern wird zu Zwecken der Transparenz den Namen des Fördermittelempfängers und die Förderhöhe veröffentlichen (vgl. „Leitfaden zur Selbsthilfeförderung“ vom 06.10.2009).

Datum

Unterschrift

Erklärung zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit^{*)}

der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe zum Umgang mit Wirtschaftsunternehmen bei gleichzeitiger Förderung durch die Krankenkassen und/oder ihre Verbände nach § 20c SGB V

Präambel

Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen richten ihre fachliche und politische Arbeit an den Bedürfnissen und der Interessen von behinderten und chronisch kranken Menschen und deren Angehörigen aus. Sie fördern die Selbstbestimmung behinderter und chronisch kranker Menschen.

Der Umgang mit Wirtschaftsunternehmen darf die Unabhängigkeit der Selbsthilfe nicht einschränken und muss transparent sein. Damit die Neutralität und Unabhängigkeit der Selbsthilfe auch künftig gewahrt wird, haben die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Selbsthilfe bereits seit längerer Zeit eigene ausführliche Leitsätze veröffentlicht. Diese stehen allen Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen zur Verfügung. Darüber hinaus beraten die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Selbsthilfe die Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen über die Zielsetzung und den Regelungsgehalt dieser Leitsätze in der Praxis.

Mit der nachfolgenden Erklärung verpflichtet sich der Antragsteller zur Wahrung seiner Neutralität und Unabhängigkeit. Diese Erklärung wurde einvernehmlich mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Selbsthilfe und den Spitzenverbänden der Krankenkassen erarbeitet und gilt seit dem Förderjahr 2007. Sie basiert auf den bereits existierenden Leitsätzen der organisierten Selbsthilfe.

Erklärung

I. Autonomie der Selbsthilfe

Die Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen können finanzielle Zuwendungen von Personen des privaten und öffentlichen Rechts, von Organisationen und von Wirtschaftsunternehmen entgegennehmen, sofern dadurch keine Abhängigkeit begründet wird. Dazu ist Voraussetzung, dass keine überwiegende Finanzierung der Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen durch Wirtschaftsunternehmen erfolgt (z.B. Pharma-, Medizinprodukteindustrie, Hilfsmittelhersteller). In allen Bereichen der Zusammenarbeit mit Wirtschaftsunternehmen muss die Autonomie über die Inhalte ihrer Arbeit, deren Umsetzung sowie die Verwendung der Mittel bei der Selbsthilfe verbleiben.

II. Transparenz

Unterstützung durch und Kooperationen mit Wirtschaftsunternehmen sind transparent zu behandeln. Werbung von Wirtschaftsunternehmen ist grundsätzlich zu kennzeichnen. Informationen von Wirtschaftsunternehmen werden kenntlich gemacht und nicht unkommentiert weitergegeben. Aussagen und Empfehlungen ohne Angabe von Quellen, insbesondere von Dritten, gehören nicht zur Informationspraxis von Selbsthilfeorganisationen. Eingenommene Mittel aus Sponsoring und Förderung werden mindestens einmal jährlich den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber veröffentlicht, getrennt nach Sponsoren und Förderern.

^{*)} Diese Erklärung ist Bestandteil des Förderantrags. Per Unterschrift unter den Förderantrag nimmt der Antragsteller die Erklärung zur Kenntnis und verpflichtet sich zur Einhaltung dieser Grundsätze.

III. Datenschutz

Sollten Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen personenbezogene Daten weitergeben, werden die Bestimmungen des Datenschutzes eingehalten.

IV. Information

Sofern Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen Wirtschaftsunternehmen Kommunikationsrechte wie z.B. das Recht auf die Verwendung des Vereinsnamens oder des Logos in Publikationen, Produktinformationen, Internet, Werbung oder bei Veranstaltungen gewähren, sind hierüber schriftliche Vereinbarungen zu treffen. Sie sind auf Aufforderung zu veröffentlichen. Ausgeschlossen ist die unmittelbare oder mittelbare Bewerbung von Produkten, Produktgruppen oder Dienstleistungen zur Diagnose und Therapie von chronischen Erkrankungen oder Behinderungen.

V. Veranstaltungen

Die Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen tragen dafür Sorge, dass bei von ihnen organisierten und durchgeführten Veranstaltungen stets die Neutralität und Unabhängigkeit gewahrt bleiben. Dieser Anspruch gilt auch für organisatorische Fragen. Die Auswahl des Tagungsortes, der Rahmen, der Ablauf und die Inhalte der Veranstaltung werden von der Selbsthilfe bestimmt. Reisekosten sollen sich grundsätzlich an Bundes- bzw. den Landesreisekostengesetzen orientieren. Sofern Honorare gezahlt werden, sind diese maßvoll zu bemessen. Daten von Teilnehmern an Veranstaltungen werden nicht an Wirtschaftsunternehmen weitergegeben.


Datum


Unterschrift

**Nachweis über die Mittelverwendung
gemäß § 20c SGB V für das Förderjahr _____** (bitte Jahr ergänzen)

Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift der Selbsthilfekontaktstelle):

AnsprechpartnerIn bei eventuellen Rückfragen (Name):

Telefon:

--	--

Bewilligungsschreiben vom:

Geschäftszeichen:

Betrag:

			€
--	--	--	---

Die Fördermittel wurden gemäß nachstehender Kostenaufstellung verwendet:

- | | | |
|--------------------------|---|-----|
| <input type="checkbox"/> | Miete / Betriebskosten | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Verwaltungskosten | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Fahrt- / Reisekosten | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Öffentlichkeitsarbeit / Veranstaltungen | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Qualifizierung / Fortbildung | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Weitere gesundheitsbezogene Aufgaben | EUR |

Mit diesem Nachweis über die Mittelverwendung bestätigt der Fördermittelempfänger, dass die Fördermittel ausschließlich für satzungsgemäße gesundheitsbezogene Selbsthilfeaufgaben des Landesverbandes verwendet wurden. Als Nachweis der ordnungsgemäßen Buchführung liegt der Bericht der Kassenprüfer bzw. eines Wirtschaftsprüfers als Anlage bei bzw. wird nachgereicht.
Der Jahres- oder Tätigkeitsbericht liegt ebenfalls bei bzw. wird zeitnah nachgereicht.

Zurück an:

]

Ort, Datum

[

]

rechtsverbindliche Unterschrift

Kontaktadresse für die Antragstellung

Die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung im Land Mecklenburg-Vorpommern wird durch folgende Krankenkassen/-verbände gewährleistet:

AOK Nordost, Potsdamer Str. 20, 14513 Teltow

BKK-Landesverband NORDWEST, Süderstr. 24, 20097 Hamburg

IKK Nord, Greifstr. 107, 17034 Neubrandenburg

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Werderstraße 74 a, 19053 Schwerin

- Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern

Landwirtschaftliche Krankenkasse Mittel- und Ostdeutschland, Hoppegartener Str. 100, 15366 Hoppegarten

Knappschaft – die neue See-Krankenversicherung, Millerntorplatz 1, 20359 Hamburg

Federführer 2012:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Werderstraße 74 a, 19053 Schwerin

- Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern

Telefon: 0385 5216-114