IKK BB Innungskrankenkasse Brandenburg und Berlin

Antragsunterlagen zur krankenkassenindividuellen Projektförderung von Selbsthilfeorganisationen (SHO) auf Landesebene für das Förderjahr 2026 gemäß § 20 h SGB V

Eine pauschale Förderung erfolgt durch die Gemeinschaftsförderung. Ein entsprechender Antrag ist beim jeweiligen Federführer der Fördergemeinschaft zu stellen.

Die folgenden Angaben werden für die ordnungsgemäße Bearbeitung Ihres Antrages auf Förderung nach § 20 h SGB V benötigt. Eine fehlende Mitwirkung kann zur Ablehnung Ihres Antrages führen.

Zu den Antragsunterlagen gehören die nachstehenden Anlagen:

Anlage 1: Antragsformular für die Projektförderung

Anlage 2: Strukturerhebungsbogen

Anlage 3: Verwendungsnachweis (Nachweis über die Mittelverwendung für das Förderjahr 2025)

Anlage 4: Kontaktdaten für die Antragstellung

Änderungen im Antragsvordruck durch den Antragsteller sind nicht zulässig.

Antrag

☐ Erstantrag

☐ innerhalb der vergangen drei Jahre wurde ein Projektförderantrag gestellt

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

[1] Antragsfrist für die Einreichung von Förderanträgen ist der 31.01.2026 für das Förderjahr 2026

Name der Selbsthilfeorganisation auf Landessebene

Anschrift Selbsthilfeorganisation auf Landessebene

Telefon

E-Mail

Fax

Internet

Bankverbindung

Kontoinhaber

Kreditinstitut

IBAN

BIC

Nennung des/der vertretungsberechtigten Ansprechpartners/in für Rückfragen zum Antrag

Name

Telefon

Fax

E-Mail

Struktur

Anzahl der Einzelmitglieder

Anzahl der Selbsthilfegruppen in Brandenburg

Anzahl der Selbsthilfegruppen der Organisation in anderen Bundesländern

Bitte Liste entsprechend Anlage 3 beifügen

Sind außergewöhnliche Veränderungen für das Antragsjahr 2026 zu erwarten, z.B. Einnahmen (Erbschaften o.a.) oder Einnahmeausfälle?

☐ ja (bitte auf gesondertem Blatt erläutern) ☐ nein

Titel des Projekts

Beschreibung des Projekts, ggf. Konzept incl. Finanzierungsplan beilegen

Kosten des Projektes / Finanzierung

Gesamtkosten des beantragten Projektes Euro

Davon Eigenanteil Euro

Davon beantragte Mittel bei allen anderen Institutionen etc. Euro

Weitere Anträge für das o.a. beantragte Projekt wurden oder werden gestellt bei:

Krankenkasse(n) (bitte benennen) in Höhe von Euro

Unfallversicherung in Höhe von Euro

Rentenversicherung in Höhe von Euro

öffentliche Hand (z.B. Länder, Kommunen) in Höhe von Euro

Wirtschaftsunternehmen (z.B. Pharmaunternehmen, Medizinproduktehersteller) (bitte benennen) in Höhe von Euro

Weitere (bitte benennen) _____ in Höhe von _____ Euro

_____ in Höhe von _____ Euro

_____ in Höhe von _____ Euro

☐ Es wurde bei keiner der vorgenannten Institutionen ein Antrag gestellt.

Höhe der beantragten Projektfördermittel _____ Euro

Folgende Anlagen sind diesem Antrag beigefügt und auszufüllen: (bitte ankreuzen)

	liegt bereits vor	ist beigefügt	wird nachgereicht bis
1) Strukturerhebungsbogen (einschließlich der Ausweisung von Personalstellen) *	☐	☐	_____

vom Antragsteller sind zusätzlich beizufügen (bitte ankreuzen)

2) aktuelle Satzung*	☐	☐	_____
3) aktueller Körperschaftssteuer-Freistellungsbescheid des Finanzamtes	gültig bis _____	☐	_____
4) Mitteilung über die letzte Entlastung des Vorstandes durch die Mitglieder- bzw. Delegiertenversammlung (Auszug aus dem Protokoll der Mitgliederversammlung)	☐	☐	_____
5) Ausführliche Projektbeschreibung	☐	☐	_____
6) Aussagekräftiger Finanzierungsplan	☐	☐	_____

* Unterlagen sind nur einzureichen, wenn in den vergangenen 3 Jahren kein Antrag gestellt wurde oder bei Änderungen gegenüber den Vorjahren.

Der Antragsteller erklärt, dass

- die Angaben im Antrag richtig und vollständig sind.
- er über eine ordnungsgemäße Geschäfts- und Buchführung und eine entsprechende Verwaltung verfügt.

Der Antragsteller verpflichtet sich, die finanziellen Zuschüsse zweckgebunden - gemäß § 20h SGB V - zu verwenden. Ein Rechtsanspruch auf eine bestimmte Fördersumme besteht nicht.

Der Fördermittelgeber behält sich im Einzelfall vor, detaillierte Nachweise über die Mittelverwendung beim Förderempfänger anzufordern. Der Fördermittelgeber behält sich im Einzelfall vor, die ordnungsgemäße Verwendung der Fördermittel zu prüfen. Bei vorsätzlich falschen oder grob fahrlässigen Angaben ist der Fördermittelgeber berechtigt, die finanziellen Zuwendungen zurückzufordern.

Allgemeine Informationen zum Datenschutz nach der EU-Datenschutz-Grundversorgung und zu Ihren Rechten finden Sie unter:

https://www.ikkbb.de/ Datenschutz und Informationsfreiheit

(1) rechtsverbindliche Unterschrift (und ggf. Stempel)

Datum	Name in Druckbuchstaben	Unterschrift	ggf. Stempel

(2) rechtsverbindliche Unterschrift (und ggf. Stempel)

Datum	Name in Druckbuchstaben	Unterschrift	ggf. Stempel

Strukturerhebungsbogen für die gesundheitsbezogenen Selbsthilfeorgnisationen auf Landesebene

Stand der nachstehenden Angaben _____

Name des Landesverbandes

_____

_____

Anschrift des Landesverbandes

_____

_____

Vorsitzende(r)/ Präsident(in) _____

ggf. Geschäftsführer(in) _____

Telefon _____

Fax _____

E-Mail _____

Internet _____

(1) a) Gründungsjahr des Landesverbandes _____

b) Jahr der Eintragung in das Vereinsregister _____

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

d) Gründe für die Nichteintragung in das Vereinsregister _____

_____

_____

(2) a) Erhebt Ihr Landesverband Mitgliedsbeiträge? ☐ ja ☐ nein

- Wenn ja, Höhe des Mitgliedsbeitrages im Jahr: _____ Euro

Sofern die Selbsthilfeorganisation auf Landesebene keine eigenen Mitgliedsbeiträge erhebt, weist sie zumindest Mitgliedsbeiträge aus, die ihr von ihrer Bundesorganisation zugewiesen werden:

Die Höhe der Zuweisung für das Jahr 2026 beträgt _____ Euro

(3) In welchen übergeordneten Organisationen ist Ihr Landesverband Mitglied?

☐ Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe e.V. (LAG SELBSTHILFE)

☐ Landesverband des PARITÄTISCHEN e.V. (DPWV)

☐ Andere Wohlfahrts-/Sozialverbände: _____

☐ Sonstige (z.B. Fachgesellschaften): _____

(4) Welche Aufgaben werden auf Landesebene wahrgenommen? Welche gesundheitsbezogenen Arbeitsschwerpunkte und Maßnahmen sollen mit den beantragten pauschalen Mitteln realisiert werden?
(ggf. auf separatem Blatt ausführen)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

(5) Anzahl der hauptberuflichen Stellen im Landesverband Anzahl _____

Der Landesverband verfügt nur über ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ☐ ja ☐ nein

(6) a) Name der Erkrankung/Behinderung (Mehrfachnennung möglich):

b) Zuordnung der Erkrankung zum Krankheitsverzeichnis (Krankheitsobergruppen) nach § 20h SGB V: (Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Krankheiten des Kreislaufsystems
- ☐ Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, der Gelenke, der Muskeln und des Bindegewebes
- ☐ Bösartige Neubildungen, Tumorerkrankungen
- ☐ Allergische und asthmatische Erkrankungen, Krankheiten des Atmungssystem
- ☐ Erkrankungen der Verdauungsorgane und des Urogenitaltraktes
- ☐ Lebererkrankungen
- ☐ Hauterkrankungen, chronische Krankheiten des Hautanhanggebildes und der Unterhaut
- ☐ Suchterkrankungen
- ☐ Krankheiten des Nervensystems
- ☐ Hirnbeschädigungen
- ☐ Endokrine Ernährungs- und Stoffwechsel-Krankheiten
- ☐ Krankheiten des Blutes, des Immunsystems/Immundefekte
- ☐ Krankheiten der Sinnesorgane, Hör-, Seh- und Sprachbehinderungen
- ☐ Infektiöse Krankheiten
- ☐ Psychische und Verhaltensstörungen, Psychische Erkrankungen
- ☐ Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
- ☐ Chronische Schmerzen
- ☐ Organtransplantationen

c) Kurzbeschreibung der Erkrankung / Behinderung (ggf. Flyer/Selbstdarstellung beifügen)

d) Angaben zur Verbreitung der Erkrankung / Behinderung im Land Brandenburg (soweit bekannt)

(7) Selbstdarstellung des Landesverbandes:

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

(8) Hat sich Ihr Landesverband Leitsätze zur Wahrung der Neutralität und Unabhängigkeit im Umgang mit im Wettbewerb stehenden Wirtschaftsverbänden/-unternehmen gegeben?

- ☐ ja ☐ nein

(1) rechtsverbindliche Unterschrift (und ggf. Stempel)

Datum	Name in Druckbuchstaben	Unterschrift	ggf. Stempel

(2) rechtsverbindliche Unterschrift (und ggf. Stempel)

Datum	Name in Druckbuchstaben	Unterschrift	ggf. Stempel

Nachweis über die Mittelverwendung gemäß § 20h SGB V für das Förderjahr 2025 **- Projektförderung**

Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift der Selbsthilfeorganisation):

_____

_____

_____

Ansprechpartner/in bei eventuellen Rückfragen

Telefon

Bewilligungsschreiben vom

Geschäftszeichen

Betrag (in Euro)

☐ Die Fördermittel wurden gemäß dem o. a. Bewilligungsschreiben ausschließlich für unsere satzungsgemäßen gesundheitsbezogenen Aufgaben verwendet.

Bericht des Kassen- bzw. Wirtschaftsprüfers

☐ ist als Anlage beigefügt ☐ wird bis zum _____ nachgereicht

Eine summarische und tabellarische Auflistung der tatsächlichen Einnahmen und Ausgaben analog der Struktur des Haushaltsplans

☐ ist als Anlage beigefügt ☐ wird bis zum _____ nachgereicht

(1) rechtsverbindliche Unterschrift (und ggf. Stempel)

Datum	Name in Druckbuchstaben	Unterschrift	ggf. Stempel

(2) rechtsverbindliche Unterschrift (und ggf. Stempel)

Datum	Name in Druckbuchstaben	Unterschrift	ggf. Stempel

Kontaktdaten für die Antragstellung

Die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung von Selbsthilfeorganisationen im Land Brandenburg wird federführend gewährleistet durch:

IKK Brandenburg und Berlin
Vertragsmanagement und Selbsthilfe
Detlef Schroedel
Keithstraße 9/11
10787 Berlin

Tel.: 030 / 21991 692
Fax: 030 / 21991 690
E-Mail: detlef.schroedel@ikkbb.de