



An:

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Frau Susanne Strombach / 07928

64520 Groß-Gerau

**Antrag auf krankenkassenindividuelle Förderung (Projektförderung)
gemäß § 20h SGB V für Selbsthilfegruppen
für das Jahr 2018**

Angaben zur Organisation (bitte gut leserlich schreiben)

* Name der Selbsthilfegruppe:

* Ansprechpartner/in:

Anschrift:

* Telefon:

* Telefax:

* E-Mail:

* Internet:

* Betreutes Krankheitsbild:

Anzahl der aktiven Gruppenmitglieder:

Durchschnittliche Besucherzahl bei den Gruppensitzungen:

Häufigkeit der Gruppentreffen (nur der Gesprächsgruppen):

Mit der Veröffentlichung der mit * gekennzeichneten Daten über die Selbsthilfegruppe in der Selbsthilfedatenbank der AOK Hessen unter www.aok.de/hessen/selbsthilfe im Internet sind wir:

einverstanden nicht einverstanden

Wollen Sie den kostenfreien Newsletter inKONTAKT (E-Mail Newsletter für Selbsthilfe und Interessierte) abonnieren? Dann kreuzen Sie dies bitte an.

ja nein

Projektförderung

Hinweis: Das Projekt soll sich an alle Mitglieder der Gruppe wenden. Projekte werden nur nach vorheriger Beantragung bewilligt. Kosten werden nur gegen Vorlage der Originalbelege erstattet.

Anträge auf Förderung der Gruppe für dieses Projekt wurden/werden außerdem gestellt bei:

anderer Krankenkasse (Name der Krankenkasse) _____

Sonstige Stellen _____

1. **Start des Projektes** (Datum, Beginn, Dauer): _____

2. **Beschreibung des Projektes** (u.a. Ziel, Zielgruppe, Inhalt - ggf. ein gesondertes Blatt beifügen):

3. Kosten des Projektes:

Gesamtkosten: _____ €

davon Eigenmittel: _____ €

Sonstige Zuschüsse: _____ €

Beantragter Zuschuss nach § 20h SGB V bei der AOK: _____ €

Bitte stellen Sie die Kosten detailliert dar (z.B. getrennt nach Honorar, Miete, etc.) und/oder legen Sie einen Kostenvoranschlag (z.B. für Druckkosten) bei - ggf. ein gesondertes Blatt mit der Kostenaufstellung beilegen.

Kontoinhaber: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| D | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Hinweis: Der Förderbescheid wird Ihnen über die im Antrag angegebene E-Mail-Adresse zugesandt. Sollten Sie hiermit nicht einverstanden sein, kreuzen Sie dies bitte hier an:

nicht einverstanden

Wir verpflichten uns, die finanziellen Zuschüsse zweckgebunden und ausschließlich für die regionale Gruppe zu verwenden.

_____ Datum

_____ 1. Unterschrift

_____ 2. Unterschrift

Bitte beachten:

Es ist erforderlich, dass der Antrag von **zwei** vertretungsbefugten Mitgliedern der Gruppe unterschrieben wird.