Beantragung von Pauschalfördermitteln für das Jahr 2025 für Selbsthilfeorganisationen gemäß § 20h SGB V im Bundesland Hamburg (HH)

Damit die GKV-Selbsthilfeförderung HH über eine Förderung entscheiden kann, ist die Mitwirkung des Antragstellers erforderlich. Rechtsgrundlagen für die Mitwirkung sind § 60 SGB I „Angabe von Tatsachen“ und § 66 SGB I „Folgen fehlender Mitwirkung“. Verstößt der Antragsteller gegen § 60 SGB I und/oder § 66 SGB I, führt dies zur Ablehnung des Antrags.

Ein Rechtsanspruch auf Förderung und auf eine bestimmte Fördersumme besteht nicht.

Dieses Formular kann nur ausgefüllt werden, wenn zuvor der Adobe Acrobat Reader kostenlos aus dem Internet heruntergeladen wurde! Nur dann funktionieren die hinterlegten Rechenfunktionen des Formulars.

*Bitte drucken Sie die ausgefüllten Formularseiten anschließend aus und übersenden diese unterzeichnet inkl. aller Anlagen **postalisch**. Das Formular darf nicht verändert werden.*

Antragsfrist: 31. März 2025

1. Antragsteller

Name der Organisation	
Straße, Hausnummer *Bitte bei Postfachanschrift Auszug aus dem Vereinsregister in Kopie beifügen*	
PLZ, Ort	
Website	
E-Mail	Telefon
Vorstandsvorsitz	
Geschäftsführung	
Gründungsjahr	Jahr der Eintragung ins Vereinsregister
Ansprechpartner*in für den Antrag	
E-Mail	Telefon
Institutionskennzeichen (IK) der Organisation *sofern vorhanden*	

2. Bankverbindung des Antragstellers

Kontoinhaber
Bankinstitut
IBAN DE

3. Mitgliedschaften

Der Antragsteller ist Mitglied in …		Jahresbeitrag in EUR
	BAG SELBSTHILFE e. V.	
	LAG SELBSTHILFE e. V. in (Bundesland)	
	Der Paritätische Gesamtverband e. V.	
	Der Paritätische Landesverband e. V. in (Bundesland)	
	Kindernetzwerk e. V.	
	ACHSE e. V.	
	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS)	
	Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG)	
	Weitere Wohlfahrtsverbände	
	Fachgesellschaften	
	Verbände auf europäischer/internationaler Ebene	
	Sonstige	
Summe		**0,00**
	Keine Mitgliedschaft	

Bitte hier unten oder auf gesondertem Blatt benennen

4. Geschäftsstelle und hauptamtliches Personal

Der Antragsteller hat:	eine eigene Geschäftsstelle zur Miete	
	eine eigene Geschäftsstelle im Eigentum	
	keine eigene Geschäftsstelle	

Anzahl Vollbeschäftigte	
Anzahl Teilzeitbeschäftigte	
Anzahl geringfügig Beschäftigter	

5. Mitglieder des Antragstellers

Anzahl der beitragspflichtigen Einzelmitglieder (natürliche Personen)					
Existieren Sondermitgliedschaften? *Bitte ankreuzen*					
	Familien		Partner*in		Weitere *Bitte benennen*
Anzahl der juristischen Personen, die Mitglieder der Organisation sind					
Anzahl der zugehörigen gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen *Benennung siehe Nr. 13*					

6. Mitgliedsbeitrag

je Mitgliedschaft/Jahr		EUR
Einzelmitglieder		
Sondermitgliedschaften:	Familien	
	Partner*in	
	Weitere	
Sonstige Staffelungen *Bitte erläutern, ggf. gesondertes Blatt hinzufügen*		

7. Stiftung

Hat der Antragsteller eine Stiftung gegründet?

☐ Ja Gründungsjahr ☐ Nein

Name, Anschrift, Kontaktdaten

8. Krankheit

Name der Krankheit/Behinderung

Handelt es sich um eine „Seltene Erkrankung“? *In der Europäischen Union wird eine Erkrankung als „selten“ definiert, wenn von ihr maximal 5 von 10 000 Menschen betroffen sind.*	Ja	Nein

Zuordnung zum Krankheitsverzeichnis nach § 20h SGB V

Hinweis
*In Spalte HD ist nur **eine** Hauptdiagnose anzukreuzen.*
*In Spalte ND dürfen höchstens **drei** Nebendiagnosen angekreuzt werden.*

HD	ND		HD	ND	
		Krankheiten des Kreislaufsystems			Suchterkrankungen
		Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems			Krankheiten des Nervensystems
		Bösartige Neubildungen, Tumorerkrankungen			Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe, des Immunsystems; Immundefekte
		Allergische und asthmatische Erkrankungen; Krankheiten des Atmungssystems			Krankheiten der Sinnesorgane, Hör-, Seh- und Sprachbehinderung
		Hirnbeschädigungen			Infektiöse Krankheiten
		Endokrine Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten			Psychische und Verhaltensstörungen
		Erkrankungen der Verdauungsorgane und des Urogenitaltraktes			Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
		Lebererkrankungen			Chronische Schmerzen
		Hauterkrankungen, chronische Krankheiten der Haut und der Unterhaut			Organtransplantationen

Verbreitung der Krankheit (HD) / Anzahl der Betroffenen im Bundesgebiet	

9. Medien

Werden von dem Antragsteller eigene Medien veröffentlicht?

Mitgliederzeitschrift	
Broschüren	
Newsletter	
Website	
Online-Forum/Chat *Bitte Link angeben*	
Sonstige Medien/Veröffentlichungen	
Keine Medien	

10. Leitsätze zur Wahrung der Neutralität und Unabhängigkeit

Hat der Antragsteller Leitsätze zur Wahrung der Neutralität und Unabhängigkeit im Umgang mit Wirtschaftsunternehmen?

Ja, Anerkennung der Leitsätze von	
Ja, eigene Leitsätze *Bitte als Anlage beifügen*	
Nein, bisher noch keine Leitsätze	

11. Gesamtfinanzierung

Hinweis
Die Spalte IST bezieht sich auf die voraussichtlichen Gesamtwerte für das ablaufende Jahr.
Die Spalte PLAN bezieht sich auf die geplanten Gesamtwerte des Jahres, für das dieser Antrag gestellt wird.
Der beantragte Förderbedarf ist zahlenmäßig plausibel darzustellen.
Es muss jede Zeile ausgefüllt werden (keine Leerfelder). Trifft eine Position nicht zu, ist sie mit 0,00 zu beziffern.

Gesamteinnahmen in EUR **– für das ablaufende Jahr (IST) und** **– die für das Förderjahr geplant sind (PLAN)**	**IST** **2024**	**PLAN** **2025**
Eigene Mittel		
Mitgliedsbeiträge		
Entnahme aus Rücklagen *Freie Rücklagen sind in die Finanzierung einzubringen*		
Einnahmen von Dachverbänden		
Einnahmen aus Zweckbetrieben (z. B. Anzeigen, Verkauf von Produkten)		
Einnahmen über eigene Förderkreise oder Fördervereine o. Ä.		
Einnahmen aus Veranstaltungen (z. B. Teilnahmegebühren)		
Einnahmen aus Messebetrieb		
Zinserträge		
Erbschaften		
Summe eigene Mittel	**0,00**	**0,00**
Fremde Mittel		
Gesetzliche Krankenversicherung		
Pauschalförderung		
Überführte Mittel aus der Pauschalförderung aus dem Förderjahr 2024		
(krankenkassenindividuelle) Projektförderung		
Überführte Mittel aus der Projektförderung aus dem Förderjahr 2024		
Öffentliche Hand		
Bundesmittel (z. B. von Bundesministerien)		
Landesmittel (z. B. von Landesministerien)		
Kommunale Mittel (z. B. von Städten und Gemeinden)		
Sonstige Sozialversicherungsträger		
Rentenversicherungsträger		
Unfallversicherungsträger		
Pflegeversicherungsträger		
Dritte		
Wirtschaftsunternehmen (z. B. Pharmazeut. Ind., Medizinproduktehersteller)		
Geldwerte Vorteile		
Spenden		
Zuwendungen von Stiftungen (z. B. Deutsche Krebshilfe)		
Lotterien (z. B. Aktion Mensch)		
Bußgelder		
Summe fremde Mittel	**0,00**	**0,00**
Weitere Einnahmen/Zuwendungen *Die Angabe für PLAN ist unter **Ziffer 11.1** zu konkretisieren!*		**0,00**
Summe Gesamteinnahmen	**0,00**	**0,00**

Rücklagen / Sonstiges Vermögen

Der Antragsteller hat:	**EUR**
freie Rücklagen in Höhe von	
zweckgebundene Rücklagen in Höhe von *Bitte Zweck benennen:*	
sonstiges Vermögen in Höhe von *Bitte Art benennen:*	
Gesamtbetrag in Höhe von *Diese Summe wird automatisch generiert*	**0,00**
☐ Der Antragsteller hat keine Rücklagen / kein sonstiges Vermögen	

Gesamtausgaben in EUR **– für das ablaufende Jahr (IST) und** **– die für das Förderjahr geplant sind (PLAN)**	**IST 2024**	**PLAN 2025**
Personalausgaben		
Personalkosten		
Löhne/Gehälter/Sozialabgaben		
Personalsachkosten (inkl. Fahrt-, Übernachtungs- und Verpflegungskosten)		
Ausgaben für die Teilnahme des hauptamtlichen Personals an Sitzungen, Seminaren, Tagungen etc.		
Sachausgaben		
Raumkosten/Miete		
für Landesgeschäftsstelle, Betriebskosten inklusive		
für Lager/Archiv		
für Veranstaltungen, die nicht unter Ziff. 11.3 und 11.4 fallen		
Bitte benennen:		
Geschäftsbedarf		
Bürobedarf		
Porto		
Telefon, Fax, Internet, insb. Homepage (z. B. Unterhalt/Betriebskosten, Lizenzen)		
Anschaffung von Mobiliar, technischen Geräten und sonstigen Gegenständen *Die Angabe für PLAN ist unter **Ziff. 11.2** zu konkretisieren!*		0,00
Durchführung von Schulungen/Fortbildungen/Veranstaltungen/Treffen für Mitglieder, Mitgliedsvereine und Interessenten *Die Angabe für PLAN ist unter **Ziff. 11.3** zu konkretisieren!*		0,00
Regelmäßige Vorhaben, Maßnahmen, Produkte, die aus Mitteln der Pauschalförderung bezuschusst werden sollen und bisher anderweitig finanziert wurden *Die Angabe für PLAN ist unter **Ziff. 11.4** zu konkretisieren!*		0,00
PR und Öffentlichkeitsarbeit, die nicht unter Ziff. 11.4 fallen *Die Angabe für PLAN ist unter **Ziff. 11.5** zu konkretisieren!*		0,00
Ausgaben für Vorhaben, Maßnahmen, Projekte,		
die von der Krankenversicherung (z. B. durch die Projektförderung) unterstützt wurden / werden sollen		
die von Dritten (z. B. Ministerien, Stiftungen, SV-Träger) unterstützt wurden / werden sollen		
Sonstige Ausgaben		
Ehrenamtspauschale *(nicht förderfähig)*		
Mitgliedsbeiträge für Fachverbände, Dachorganisationen etc.		0,00
Ausgaben für die Teilnahme der ehrenamtlich tätigen Personen an Sitzungen, Tagungen etc. (z. B. Fahrt-, Übernachtungs- und Verpflegungskosten)		
Weitere institutionelle Ausgabenpositionen (z. B. gesetzl. notwendige Rückstellungen)		
Stornierungskosten		
Weitere Ausgaben *Die Angabe für PLAN ist unter **Ziff. 11.6** zu konkretisieren!*		0,00
Summe Gesamtausgaben	**0,00**	**0,00**

Höhe der beantragten Fördermittel in EUR	**0,00**

Die Haushalte müssen ausgeglichen sein. Der beantragte Förderbedarf ist zahlenmäßig plausibel darzustellen.

Konkretisierungen zu den geplanten Gesamteinnahmen

11.1 Weitere Einnahmen/Zuwendungen

Hier sind alle weiteren Einnahmen aufzulisten, die nicht anderweitig kategorisiert werden können.

Mittelgeber*in	Wofür?	Einnahmen (EUR)
Summe		**0,00**

Konkretisierungen zu den geplanten Gesamtausgaben

11.2 Anschaffung von Mobiliar, technischen Geräten und sonstigen Gegenständen

Gegenstand	Grund für die Anschaffung	Anzahl	Stückpreis (EUR)	Gesamt-kosten (EUR)
				0,00
				0,00
				0,00
				0,00
				0,00
				0,00
				0,00
				0,00
				0,00
				0,00
				0,00
				0,00
				0,00
				0,00
				0,00
				0,00
				0,00
				0,00
				0,00
Summe				**0,00**

11.3 Durchführung von Schulungen/Fortbildungen/Veranstaltungen/Treffen für Mitglieder, Mitgliedsvereine und Interessenten

Die Übersicht besteht aus drei Tabellen. In den nachstehenden Feldern sind konkrete Angaben zu den einzelnen Maßnahmen vorzunehmen.
*Bitte geben Sie hier nur die Maßnahmen an, die bereits Gegenstand früherer Pauschalförderungsanträge waren und die Sie selbst als Veranstalter*in durchführen (die alleinige Teilnahme an Veranstaltungen ist unter „Personalsachkosten“ zu beziffern).*

	Thema/Titel der Maßnahme	**Zielgruppe**	**Termin**
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Fortsetzung der Zeile	**Ort/Anschrift (Veranstaltungsort)**	**Anzahl der Teilnehmenden**	**Fahrt- und Übernachtungskosten der Teilnehmenden (EUR)**	**Verpflegungskosten (EUR)**
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Fortsetzung der Zeile	**Raumkosten/ Miete (EUR)**	**Sonstige Ausgaben (z. B. für Referent*innen)** *Bitte benennen!*		**Gesamtkosten der einzelnen Maßnahmen (EUR)**
		EUR	**Ausgabenart**	
1				0,00
2				0,00
3				0,00
4				0,00
5				0,00
6				0,00
7				0,00
8				0,00
9				0,00
10				0,00
Summe				**0,00**

11.4 Regelmäßige Vorhaben, Maßnahmen, Produkte, die aus Mitteln der Pauschalförderung bezuschusst werden sollen und bisher anderweitig finanziert wurden

Die Übersicht besteht aus zwei Tabellen.
Bitte geben Sie hier wiederkehrende Maßnahmen an, die bisher ausschließlich Gegenstand von Projektförderanträgen waren und fügen die entsprechenden Bewilligungsschreiben als Anlagen bei. Maßnahmen, die bereits Gegenstand von Pauschalanträgen waren, sind an dieser Stelle nicht aufzuführen, da sie bereits „überführt“ wurden.

	Thema/Titel der Maßnahme	**Kosten (EUR)**
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
Summe		**0,00**

Fortsetzung der Zeile	**Finanzierung/Bezuschussung**	
	durch ...	**in Höhe von ... (EUR)**
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

11.5 PR und Öffentlichkeitsarbeit

Produkte (z. B. Broschüren), die unter Ziff. 11.4 fallen, sind in Ziff. 11.5 nicht noch einmal aufzuführen

Wofür?	**Kosten (EUR)**
Summe	**0,00**

11.6 Weitere Ausgaben

Hier sind alle weiteren Ausgaben aufzulisten, die nicht anderweitig kategorisiert werden können (z. B. Kosten für Steuerberatung, Rechtsberatung, Kontoführungsgebühren etc.).

Wofür?	**Kosten (EUR)**
Summe	**0,00**

12. Geplante Aktivitäten im Antragsjahr

Skizzieren Sie bitte kurz, welche Aktivitäten für das Antragsjahr geplant sind und ggf. ihre strukturellen und/oder sächlichen Herausforderungen

13. Selbsthilfegruppen des Antragstellers

Bitte nur gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen (gemäß dem GKV-Leitfaden zur Selbsthilfeförderung) eintragen, die aktiv durch den Antragstellenden betreut werden.

	Name der Selbsthilfegruppe	**Anzahl der Teilnehmenden**
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Fortsetzung der Zeile	**Treffpunkt (mit Angabe der PLZ)**	**Pauschalförderung beantragt (ja/nein)**	**Bekanntmachung des Angebots der Selbsthilfegruppe**
1		nein	
2		nein	
3		nein	
4		nein	
5		nein	
6		nein	
7		nein	
8		nein	
9		nein	
10		nein	

14. Folgende Unterlagen liegen diesem Antrag bei

- ☐ aktuelle Satzung
- ☐ aktueller Freistellungsbescheid des Finanzamtes
- ☐ Einnahmen/Ausgabenrechnung bzw. letzter Jahresabschluss (satzungsgemäß geprüft)
- ☐ unterzeichnete Bestätigung über die Entlastung des Vorstands (Hinweis: Bitte reichen Sie das aktuellste Protokoll der Mitgliederversammlung ein, welches Ihrer Organisation vorliegt)
- ☐ Verwendungsnachweis des Vorjahres (Ausnahme: Erstantragsteller)
  Eine Förderung kann nur nach Vorlage des Verwendungsnachweises erfolgen!
- ☐ Nachweis der Kosten für Geschäftsstelle (sofern vorhanden)
- ☐ eigene Leitsätze (sofern vorhanden)
- ☐ aktueller Vereinsregisterauszug (bei erstmaliger Antragstellung)
- ☐ Vermögensübersicht über die Bildung und Entwicklung von Rücklagen (2023-2020)
- ☐ Übersichtsliste der gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen unter Nennung von Name, Zeit- und Treffpunkt (mit Angabe PLZ), beantragte Pauschalförderung (ja/nein), Veröffentlichung der Gruppe

15. Erklärung

Mit den Unterschriften bestätigt der Antragsteller

– die Mittelbeantragung gemäß § 20h SGB V,
– die Einhaltung der Allgemeinen Nebenbestimmungen für die Beantragung und Gewährung von Fördermitteln (vgl. Gemeinsames Rundschreiben (GR) 2025 Anlage 1),
– die Einhaltung der Grundsätze zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit (vgl. GR 2025 Anlage 2),
– die Berücksichtigung der Hinweise zur Selbsthilfe in der digitalen Welt (vgl. GR 2025 Anlage 3),
– die Kenntnisnahme der Information zur Datenverwendung (vgl. GR 2025 Anlage 4),
– die Einhaltung des Datenschutzes (vgl. GR 2025 Anlage 5),
– keine gleichlautende Beantragung von Fördermitteln für in diesem Antrag begründete Ausgaben im Rahmen der Projektförderung vorgenommen zu haben.

Der Antragsteller verpflichtet sich, die finanziellen Zuschüsse der GKV-Selbsthilfeförderung HH zweckgebunden gemäß § 20h SGB V zu verwenden. Auf Anforderung des Fördermittelgebers wird der Antragsteller weitere Unterlagen und Nachweise, die für die Beurteilung des Antrags notwendig sind, zur Verfügung stellen.

16. Transparenz

Der Antragsteller ist verpflichtet, Transparenz über eingenommene Mittel aus Sponsoring und Förderung auf seiner Internetseite zu veröffentlichen (getrennt nach Spender*innen, Sponsor*innen und Förder*innen). Die Veröffentlichung erfolgt unter folgendem Link:

17. Richtigkeit der Angaben

Hiermit werden die Richtigkeit der Angaben und die Vollständigkeit der antragsrelevanten Unterlagen von **zwei legitimierten Vertretungen** des Antragsstellers durch **Unterschrift im Original** bestätigt.

Ort, Datum	*Bitte in Druckbuchstaben:* Name Unterzeichner*in, Position im Verein	Unterschrift
Ort, Datum	*Bitte in Druckbuchstaben:* Name Unterzeichner*in, Position im Verein	Unterschrift