

# Kassenindividuelle Förderung nach § 20h SGB V

## Antragsunterlagen für die Förderung der Landesverbände/-organisationen der Selbsthilfe

### (Projektförderung)

Damit die gesetzlichen Krankenkassen über eine Förderung entscheiden können, ist Ihre Mitwirkung nach § 60 SGB I erforderlich. Die folgenden Angaben werden für die ordnungsgemäße Bearbeitung Ihres Antrages auf Förderung nach § 20h SGB V benötigt. Eine fehlende Mitwirkung kann zur Ablehnung Ihres Antrages führen.

Reichen Sie deshalb den Antrag mit den erforderlichen Anlagen **nur**

→ vollständig ausgefüllt,

→ zweifach unterschrieben und

→ vor Projektbeginn ein (s. hierzu S. 5 des Antrags)!

Änderungen im Antragsvordruck durch den/die Antragstellerin sind nicht zulässig.

**Zu den Antragsunterlagen gehören:**

**Anlage 1: Antragsformular Projektförderung**

**Anlage 2: Datenverwendungserklärung**

**Anlage 3: Strukturhebungsbogen**

**Anlage 4: Verwendungsnachweis**

**Anlage 5: Allgemeine Nebenbestimmungen**

Die Projektförderung erfolgt kassenindividuell.

Wenden Sie sich daher bei Beratungs- und Förderbedarf an eine Krankenkasse bzw. an einen Krankenkassenverband Ihrer Wahl – die Kontaktdaten finden Sie hier:

<http://gkv-selbsthilfefoerderung-bw.de/landesorganisationen-ansprechpartner/>

**Der Antrag auf Projektförderung wird bei folgender Kasse gestellt:**

**→ bitte tragen Sie hier ein: →**

---

**Antragsformular auf kassenindividuelle Förderung (Projektförderung)  
von Landesorganisationen der Selbsthilfe in Baden-Württemberg  
nach § 20h SGB V für das Förderjahr \_\_\_\_\_** (Bitte Jahr eintragen)

**Name des Antragstellers/der Selbsthilfeorganisation auf Landesebene:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Anschrift:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Telefon:**

\_\_\_\_\_

**Email:**

\_\_\_\_\_

**Fax:**

\_\_\_\_\_

**Internet:**

\_\_\_\_\_

**Bankverbindung:**

Kontoinhaber/in:

\_\_\_\_\_

Kreditinstitut:

\_\_\_\_\_

IBAN:

\_\_\_\_\_

BIC:

\_\_\_\_\_

**Ansprechpartner/in des Selbsthilfe-Landesverbandes bei eventuellen Rückfragen zum Antrag:**

Name:

\_\_\_\_\_

Telefon:

\_\_\_\_\_

Fax:

\_\_\_\_\_

E-Mail:

\_\_\_\_\_

**Beantragung krankenkassenindividueller Fördermittel auf Landesebene**

**1. Welches Projekt (Vorhaben/Aktivität) soll gefördert werden?**

a) Name des Projektes

\_\_\_\_\_

Bitte beschreiben Sie Ihr Projekt/Vorhaben ausführlich eventuell auf einem separaten Blatt. Bitte achten Sie darauf, dass in Ihren Ausführungen nähere Angaben zu folgenden Aspekten erfolgen:

- Zielsetzung des Projektes
- Erfolgsindikatoren des Projektes
- angesprochene Zielgruppe
- Projektaufbau, Projektdurchführung und Projektumsetzung
- Projektbeteiligte und Kooperationspartner/innen
- Laufzeit des Projektes
- Ausführungen zur Weiterführung nach Auslaufen der Finanzierung

b) Darstellung des Projektes

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

c) Ziel des Projektes

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

d) Zielgruppen des Projektes

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

e) Projektaufbau, -durchführung, -umsetzung

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

f) Kooperationspartner/Beteiligte

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

g) Zeitlicher Rahmen und Ort des Projektes

\_\_\_\_\_

h) Sonstiges/Anmerkungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. Wurden ggf. bei anderen Krankenkassen Anträge auf Förderung dieses Projektes gestellt? Wenn ja, bei welcher?**

- |   |  |         |     |
|---|--|---------|-----|
| <input type="checkbox"/> AOK, welche?   |  | Betrag: | EUR |
| <input type="checkbox"/> BKK, welche?   |  | Betrag: | EUR |
| <input type="checkbox"/> Ersatzkassen, welche?  |  | Betrag: | EUR |
| <input type="checkbox"/> IKK, welche?   |  | Betrag: | EUR |
| <input type="checkbox"/> Knappschaft  |  | Betrag: | EUR |
| <input type="checkbox"/> Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) |  | Betrag: | EUR |
| <input type="checkbox"/> Es wurde bei keiner weiteren Krankenkasse ein Antrag gestellt.       |  |         |     |

**3. Bei welchen Institutionen/Unternehmen wurden hierfür ebenfalls Fördermittel beantragt? Zutreffendes bitte ankreuzen (X).**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pflegeversicherung   | <input type="checkbox"/> Eigenmittel/Mitgliedsbeiträge   |
| <input type="checkbox"/> Rentenversicherung   | <input type="checkbox"/> Zinserträge                     |
| <input type="checkbox"/> Unfallversicherung   | <input type="checkbox"/> Spenden / Geldbußen             |
| <input type="checkbox"/> öffentliche Hand (Land)  | <input type="checkbox"/> Lotterien (z.B. Aktion Mensch)  |
| <input type="checkbox"/> öffentliche Hand (Kommunen/Landkreise)   | <input type="checkbox"/> Sonstiges                       |
| <input type="checkbox"/> öffentliche Hand (Bundesmittel)  | <input type="checkbox"/> sonstige Wirtschaftsunternehmen |
| <input type="checkbox"/> Mittel des Dachverbandes / Bundesverbandes / Träger                                |  |
| <input type="checkbox"/> Wirtschaftsunternehmen im Gesundheitswesen (z.B. Pharma, MedizinproduktHersteller) |  |
| <input type="checkbox"/> Es wurde bei keiner dieser Institutionen/ Einrichtungen Anträge gestellt.          |  |

**4. Beabsichtigte Finanzierung des Projektes**

(Hinweis: Bitte fügen Sie zusätzlich einen Projektfinanzierungsplan bei!)

<b>Gesamtkosten des beantragten Projektes:</b>		EUR
a) davon Eigenmittel		EUR
b) davon beantragte Projekt-Mittel bei anderen Krankenkassen und/oder Institutionen (siehe Punkt 2/3):		EUR
c) davon sonstige Einnahmen		EUR
d) <b>Der Antragsteller beantragt hiermit eine Projektförderung in Höhe von:</b>		<b>EUR</b>

**5. Ist die Finanzierung dieses Projektes im Haushaltsplan enthalten?**

- ja  nein

**6. Hat Ihr Landesverband pauschale Fördermittel beantragt?**

- ja  nein

Wenn ja, in welcher Höhe wurden pauschale Fördermittel beantragt? EUR

Der/die Antragssteller/in erklärt, dass

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

Der/die Antragsteller/in wird auf Anforderung des Fördermittelgebers eventuell weitere Unterlagen und Nachweise, die für die Beurteilung des Antrags notwendig sind, zur Verfügung stellen. Er/sie nimmt zur Kenntnis, dass der/die Fördermittelgeber/in bei vorsätzlich falschen oder grob fahrlässigen Angaben berechtigt ist, die Fördermittel ganz oder teilweise zurückzufordern.

Ort, Datum	<b>1. Vertretungsbefugte/r (lt. Satzung)<sup>1</sup></b>
Ort, Datum	Name in Druckbuchstaben
Stempel	<b>2. Vertretungsbefugte/r (lt. Satzung)</b>
	Name in Druckbuchstaben
	rechtsverbindliche Unterschrift
	rechtsverbindliche Unterschrift

**Bitte beachten Sie:**

Nur **vollständige** Antragsunterlagen gewährleisten die abschließende Prüfung Ihres Förderantrages.

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

	liegt vor	ist beigelegt	wird nachgereicht
1) Strukturhebungsbogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Datenverwendungserklärung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Vom/von der Antragssteller/in sind zusätzlich beigelegen:</b> (bitte ankreuzen)			
	liegt vor	ist beigelegt	wird nachgereicht
3) aktuelle Satzung/Einrichtungskonzept*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) aktueller Körperschaftssteuer-Freistellungsbescheid des Finanzamtes	gültig bis: _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Verwendungsnachweis des Vorjahres: a) Tätigkeitsbericht des Vorjahres b) zahlenmäßiger Nachweis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Haushaltsplan (geplante Einnahmen und Ausgaben) für das Antragsjahr (ggf. Entwurf)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Erläuterung von Rücklagen (sofern diese bestehen und nicht als eigene Mittel eingesetzt werden).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Letzter genehmigter Jahresabschluss (i.d.R. Vorjahr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Einrichtungskonzept, Selbstdarstellung, Programmheft, Sach-/Jahresbericht o.ä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Unterlagen sind bei Änderungen einzureichen.

<sup>1</sup> Sofern laut Satzung nur ein Vertretungsbefugter benannt ist, ist dies als ausreichend anzusehen.

## Datenverwendungserklärung

### Noch eine Bitte in eigener Sache:

Wichtige Voraussetzung zur besseren Umsetzung der Selbsthilfeförderung nach § 20h 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 bitten, uns nachfolgend Ihr entsprechendes Einverständnis zu erklären.

### Einverständniserklärung zur weitergehenden Datenverwendung:

Wir willigen ein, dass die Angaben aus dem Strukturbogen 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

Diese Einverständniserklärung zur weitergehenden Datenverwendung ist freiwillig und unabhängig von der Bearbeitung Ihres Antrages auf Fördermittel. - Ein Widerruf ist jederzeit bei der/ dem für Sie zuständigen Krankenkassen/ Verband möglich.

Wir willigen in diese weiter gehende Datenverwendung ein.

Zur Information: Die GKV Gemeinschaftsförderung BW veröffentlicht zum Zwecke der Transparenz jeweils einen Jahresbericht, der auf den Homepages der jeweiligen Kassen und Verbände eingestellt wird. Er beinhaltet den Namen des Förderempfängers sowie den jeweiligen Pauschalförderbetrag (vgl. Leitfaden zur Selbsthilfeförderung vom 10.03.2000 in der Fassung vom 17.06.2013)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

## Strukturhebungsbogen für Landesorganisationen der Selbsthilfe

Stand der nachstehenden Angaben:  (Datum)

Name der Landesorganisation:

  

Anschrift:

  

Vorstandsvorsitzende(r) / Präsident(in):

Geschäftsführer(in):

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Internet:

(1) a) Gründungsjahr des Landesverbandes:

b) Jahr der Eintragung in das entsprechende Register:

c) Falls noch kein e.V., wann ist die Eintragung vorgesehen?

d) Gründe für die Nichteintragung in das Vereinsregister:

(2) a) Anzahl der Einzelmitglieder:

b) Anzahl der regionalen/örtlichen Selbsthilfegruppen:

c) In welchen Regionen/Kreisen sind die Gruppen vertreten?

  
  

d) Gehören Ihrem Landesverband rechtlich selbstständige Ortsvereine an?

Wenn ja, wie viele in Baden-Württemberg?

Andere Strukturen (z.B. länderübergreifende Zusammenschlüsse o.ä. - bitte benennen):

(3) a) Erhebt Ihr Landesverband Mitgliedsbeiträge?  Ja  Nein  
 b) Wenn ja, Höhe des Mitgliedsbeitrages: EUR

(4) In welchen übergeordneten Organisationen ist der Landesverband Mitglied?  
 Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe e.V. (BAG SELBSTHILFE)  
 Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe e.V. (LAG SELBSTHILFE) in:   
 Der PARITÄTISCHE Gesamtverband e.V.  
 Der PARITÄTISCHE Baden-Württemberg e. V.  
 Kindernetzwerk e.V.  
 Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG)  
 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)  
 Andere Wohlfahrts-/Sozialverbände:   
 Andere Verbände/Organisationen auf nationaler oder internationaler Ebene (z.B. Fachgesellschaften):

(5) Verfügt der Landesverband über einen wissenschaftlichen Beirat?  Ja  Nein

(6) a) Besitzt Ihr Landesverband eine Geschäftsstelle?  Ja  Nein  
 Geschäftsstelle in Privaträumen  oder  
 Geschäftsstelle in angemieteten Räumlichkeiten   
 Erreichbarkeit für Betroffene und Angehörige:  
 Öffnungszeiten/ Sprechzeiten:

b) Anzahl der hauptberuflichen Stellen im Landesverband:  
 keine  unter 1  1 bis 2  3 bis 5  6 bis 10  mehr als 10  
 Erbringt Ihr Landesverband Dienstleistungen, die von Sozialversicherungsträgern bzw. der öffentlichen Hand finanziert oder bezuschusst werden?  Ja  Nein  
 Wenn ja, welche?   
 Wer kann diese Leistungen in Anspruch nehmen?

(7) a) Name der Erkrankung/Behinderung:

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



**c) Zuordnung der Erkrankung zum Krankheitsverzeichnis nach § 20c SGB V (Krankheitsobergruppen):**

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

**d) Angaben zur Verbreitung der Erkrankung / Behinderung (soweit bekannt):**

**(8) Selbstdarstellung des Landesverbandes / Öffentlichkeitsarbeit:**

- Homepage: (bitte Adresse angeben)

- Präsenz in den Sozialen Medien (Facebook, Twitter etc.):  
(bitte nähere Angaben dazu, u.a. in welchen Medien der Landesverband präsent ist und wie die regelmäßige Erreichbarkeit gewährleistet wird )

- Der Landesverband stellt ein Selbsthilfe-Internet-Forum für Betroffene/Angehörige zur Verfügung und betreut dieses. Wenn ja, bitte Internetadresse angeben:

- Broschüre, Faltblatt o.ä. des Landes-/ (Bundes)verbandes, der Ziele und Arbeitsschwerpunkte ist beigelegt

- Mitgliederzeitschrift      Auflagenhöhe:       Ausgaben pro Jahr:

- Newsletter

- Sonstige Medien / Veröffentlichungen (ggf. Veröffentlichungsverzeichnis beifügen):

- Der Landesverband organisiert regelmäßig Informationsveranstaltungen und Fachvorträge. Biete erläutern Sie Ihre regelmäßigen Aktivitäten: (Art der Veranstaltung, Inhalte, Referenten, Teilnehmerkreis)

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

Ja             Nein

---

Ort, Datum

---

rechtsverbindliche Unterschrift (und ggf. Stempel)



## Musterbelegliste

	Datum des Beleges	Empfänger der Zahlung	Kostenart (entsprechend der Kostenart des Finanzierungsplans)	Grund der Auszahlung / Projektbezug	Betrag (EUR)	Bemerkung
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
<b>SUMME Ausgaben:</b>						

### Bitte auch angeben:

- **Projektbezogene Einnahmen:** \_\_\_\_\_ €  
(z.B. Teilnehmer-Beiträge)

- **Eingebrachte Eigenmittel:** \_\_\_\_\_ €

### Bewilligte Projektförderung

- **von angeschriebener Krankenkasse-/Verband:** \_\_\_\_\_ €

- **ggf. von weiteren Krankenkassen-/Verbänden:** \_\_\_\_\_ €

## **Allgemeine Nebenbestimmungen für die Gewährung von Fördermitteln nach § 20h SGB V**

Fördermittelempfänger/innen sind verpflichtet, die Allgemeinen Nebenbestimmungen zu beachten. Diese sind Bestandteil des Bewilligungsschreibens/-bescheides, soweit dort nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist.

### **Anforderung und Verwendung der Fördermittel**

1. Die Fördermittel sind zweckgebunden, wirtschaftlich und sparsam zu verwenden.
2. **Für Projektförderung:**  
Der/die Fördermittelempfänger/in hat alle mit dem Förderzweck zusammenhängenden Einnahmen (insbesondere Zuwendungen, Leistungen Dritter, Einnahmen aus Sponsoring, etc.) und seinen/ihren Eigenanteil (z. B. aus Mitgliedsbeiträgen, Rücklagen) als Deckungsmittel für alle mit dem Projekt zusammenhängenden Ausgaben einzusetzen.
3. Die Bildung von Rückstellungen ist zulässig, soweit sie gesetzlich (z. B. durch das Handelsgesetzbuch) vorgeschrieben sind.
4. Der/die Fördermittelempfänger/in darf keine vorrangig wirtschaftlichen/kommerziellen Zwecke verfolgen.

### **Nachträgliche Ermäßigung der Ausgaben oder Änderung der Finanzierung**

5. Ermäßigen sich nach der Bewilligung die im Haushaltsplan/Finanzierungsplan angegebenen Gesamtausgaben, erhöhen sich die Deckungsmittel oder treten neue Deckungsmittel hinzu, so ermäßigen sich die Fördermittel. Der/die Fördermittelgeber/in wird die im Bewilligungsbescheid genannte Fördersumme dann entsprechend bei Vorlage der Einnahmen- und Ausgabenübersicht, sowie der Rechnungskopien die Auszahlung entsprechend verringern.<sup>2</sup>

### **Zur Erfüllung des Förderzwecks beschaffte Gegenstände**

6. Der/die Fördermittelempfänger/in hat Gegenstände, deren Anschaffungswert 410 Euro (ohne Umsatzsteuer) übersteigt, zu inventarisieren.<sup>3</sup>

### **Informations- und Mitteilungspflichten**

7. Der/die Fördermittelempfänger/in ist zu einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und ihren Verbänden unter Wahrung der Neutralität und Unabhängigkeit verpflichtet.
8. Der/die Fördermittelempfänger/in soll auf die Förderung der GKV hinweisen.
9. Der/die Fördermittelempfänger/in ist verpflichtet, dem/der Fördermittelgeber/in mitzuteilen, wenn
  - a. Er/sie nach Vorlage des Haushaltsplans/Finanzierungsplans weitere Fördermittel bei anderen Stellen beantragt oder von ihnen erhält,
  - b. sich maßgebliche, für die Förderung wichtige Umstände ändern oder wegfallen. Hierzu zählt die Information über maßgebliche Veränderungen des Vorhabens hinsichtlich Finanzierung, Verwendungszweck, Erfüllung der Auflagen sowie bei Eröffnung oder Beantragung eines Insolvenzverfahrens.

<sup>2</sup> Nr. 5 gilt, soweit die Fördermittel laut Bewilligungsschreiben als Anteilsfinanzierung oder Fehlbedarfsfinanzierung gewährt werden.

<sup>3</sup> Die Höhe des Betrags kann vom Fördermittelgeber angepasst werden.

## Nachweis der Mittelverwendung

10. Die Kassen- und Buchführung sind sorgfältig und für den/die Fördermittelgeber/in nachvollziehbar zu führen.
11. Die Verwendung der Fördermittel ist nachzuweisen. Hierbei ist die im Bewilligungsschreiben festgelegte Frist zu beachten.

### Regelmäßiger Verwendungsnachweis:

Der Verwendungsnachweis besteht aus einem zahlenmäßigen Nachweis sowie einem Tätigkeitsbericht. Im zahlenmäßigen Nachweis sind alle tatsächlichen Einnahmen und Ausgaben in der Gliederung des Haushaltsplans/Finanzierungsplans auszuweisen.

12. Der/die Fördermittelempfänger/in bestätigt, dass die Fördermittel wirtschaftlich, sparsam, zweckentsprechend und eventuell entsprechend der Satzung verwendet wurden.
13. Der/die Fördermittelnehmer/in hat auf Anforderung Bücher, Belege und sonstige Geschäftunterlagen vorzulegen sowie eventuell eine örtliche Erhebung zu ermöglichen.
14. Der/die Fördermittelempfänger/in hat alle mit der Förderung zusammenhängenden Unterlagen (Einzelbelege, Verträge etc.) in der Regel sechs Jahre nach Beendigung der Förderung aufzubewahren, sofern nicht aus Rechtsgründen oder aufgrund steuerlicher Vorschriften eine längere Aufbewahrungsfrist notwendig ist. Er/sie hat sicherzustellen, dass die Unterlagen insbesondere nach einem Ämterwechsel oder Auflösung der Selbsthilfestruktur für eine Prüfung zur Verfügung stehen.

## Erstattung (Rückforderung) der Fördermittel

15. Erforderliche Auskünfte sind gegenüber dem/der Fördermittelgeber/in zu erteilen.
16. Die Fördermittel sind ganz oder teilweise zu erstatten, soweit das Bewilligungsschreiben/der Bewilligungsbescheid nach den Vorschriften des SGB X (§ 44 ff.) oder anderen Rechtsvorschriften mit Wirkungen für die Vergangenheit zurückgenommen oder widerrufen wird oder sonstig unwirksam sind.

## Sonstiges

### 17. Neutralität und Unabhängigkeit:

Der/die Fördermittelempfänger/in hat die Unabhängigkeit seiner Selbsthilfeaktivitäten von wirtschaftlichen Interessen zu wahren und seine fachliche und politische Arbeit ausschließlich an den Bedürfnissen und Interessen von chronisch kranken und behinderten Menschen und deren Angehörigen auszurichten. In allen Fällen von Zusammenarbeit und Kooperationen, auch ideeller Art, hat er/sie die vollständige Kontrolle über die Inhalte seiner/ihrer Arbeit, deren Umsetzungen sowie die Verwendung der Fördermittel zu behalten. Jegliche Kooperation mit und Unterstützung durch Wirtschaftsunternehmen ist transparent zu gestalten. Bei der Weitergabe von Informationen hat er/sie auf inhaltliche Neutralität und eine ausgewogene Darstellung zu achten. Informationen und Empfehlungen der Selbsthilfe einerseits und Werbung des jeweiligen Unternehmens andererseits sind zu trennen. Werbung von Wirtschaftsunternehmen insbesondere in schriftlichen Publikationen ist zu kennzeichnen.

18. Die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes bzw. der Landesdatenschutzgesetze insbesondere im Hinblick auf die Weitergabe personenbezogener Daten sind zu beachten.
19. Die Förderung erfolgt ohne rechtliche Verpflichtung für Zahlungen in den Folgejahren.