

An:

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen  
Frau Bettina Nöll

64520 Groß-Gerau

**Antrag auf Selbsthilfeförderung gemäß § 20c SGB V  
für das Jahr 2010**

Ihre Ansprechpartnerin: Bettina Nöll, Tel. 06172/272-484, Fax: 06172/272-239  
E-Mail: Selbsthilfe@he.aok.de

**Angaben zur Organisation (bitte gut leserlich schreiben)**

\* Name der Selbsthilfegruppe:

\* Ansprechpartner/in:

**Anschrift:**

\* Telefon:

\* Telefax:

\* E-Mail:

\* Internet:

Mit der Veröffentlichung der mit \* gekennzeichneten Daten über die Selbsthilfegruppe in der Selbsthilfedatenbank der AOK Hessen unter [www.aok.de/hessen](http://www.aok.de/hessen) im Internet sind wir:

einverstanden

nicht einverstanden

**Konto-Nummer:**

**BLZ:**

**Konto-Inhaber:**

\* **Betreutes Krankheitsbild:**

**Anzahl der aktiven Gruppenmitglieder:**

**Durchschnittliche Besucherzahl bei den Gruppensitzungen:**

**Häufigkeit der Gruppentreffen (nur der Gesprächsgruppen):**

pro Woche/Monat

0555 272 239

## Beantragte Förderung

### Projektförderung

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

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

- AOK  
 Betriebskrankenkassen – BKK \_\_\_\_\_  
(Name der BKK)
- vdek (BARMER, DAK, TK etc.)  
 IKK - Innungskrankenkasse  
 Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK)  
 Knappschaft  
 keiner anderen Krankenkasse  
 Öffentliche Hand (z.B. Land, Kommunen)  
 Pharma-Unternehmen  
 Sonstige Sponsoren

1. Bitte beschreiben Sie das Projekt (u.a. Ziel, Zielgruppe, Beginn, Dauer):  
(ggf. ein gesondertes Blatt beifügen)

2. Kosten des Projektes:

Gesamtkosten: \_\_\_\_\_ €

davon Eigenmittel: \_\_\_\_\_ €

Öffentliche Zuschüsse (Kommunen, Land): \_\_\_\_\_ €  Beantragt  Bereits bewilligt

Anderen Krankenkassen: \_\_\_\_\_ €  Beantragt  Bereits bewilligt

Beantragter Zuschuss nach § 20c 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.

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

Datum

Unterschrift (ggf. Stempel)

Sozialversicherungsnummer