# Verwendungsnachweis

**krankenkassenindividuelle Projektförderung**

**gemäß § 20h SGB V**

für Landesorganisationen der Gesundheitsselbsthilfe in Berlin

**- Projektförderung -**

# für das Förderjahr 2021

**Einzureichen bis spätestens**       **des kommenden Jahres**

|  |  |
| --- | --- |
| **Angaben zum/zur Fördermittelempfänger/in** |  |
|  |  |
| Name |       |
|  |  |
|  |       |
|  |  |
| vollständige Adresse |       |
|  |  |
|  |       |
|  |  |
|  |       |
|  |  |
| Bewilligungsschreiben vom |       |
|  |  |
| Projektname |        |
|  |        |
| Höhe des bewilligten Gesamtförderbetrages |  **EUR** |
| Höhe der bisher erhaltenen Fördergelder |  **EUR** |

Im Einzelnen:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| * AOK
 |       | EUR |
|  |  |  |
| * BKK-Landesverband
 |       | EUR |
|  |  |  |
| * BARMER
 |       | EUR |
|  |  |  |
| * DAK-Gesundheit
 |       | EUR |
|  |  |  |
| * ikk classic
 |       | EUR |
|  |  |  |
| * KKH
 |       | EUR |
|  |  |  |
| * Knappschaft
 |       | EUR |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tatsächliche Projektkosten:** |  |  |
|  |
| Raumkosten oder Miete |       | EUR |
|  |  |  |
| Referentenkosten/ Honorar |       | EUR |
| (Empfänger bitte nennen) |
|  |  |  |
| Aufwandsentschädigung Referent /-in(Unterkunft, Reisekosten) |       | EUR |
|  |
| Verpflegung: |       | EUR |
|  |
| Anzahl der Teilnehmer/-innen (TN)……       Personen |
| Übernachtung/Verpflegung pro TN       EUR |
|  |
| Fahrtkosten |       | EUR |
|  |
| Porto  |       | EUR |
|  |
| Materialkosten (Kopier-/Druckkosten usw.) |       | EUR |
| (bitte einzeln benennen) |  |  |
|  |  |
| Weitere Sachkosten  |       | EUR |
| (bitte einzeln benennen) |  |
| Sonstige Ausgaben |       | EUR |
| (bitte einzeln benennen) |  |
|       |  |  |
|       |  |  |
| Gesamtsumme Ausgaben |  | **EUR** |
|  |
|  |
| **Einnahmen im Rahmen des Projektes:** |
|  |
| Teilnehmergebühren Mitglieder |       | EUR |
|  |
|  |
| Spenden/Sponsoren (bitte einzeln benennen) |       | EUR |
|       |  |
|       |  |
|  |
| Höhe des bewilligten Gesamtförderbetrages |       | EUR |
|  |  |  |
| Sonstige Einnahmen (bitte einzeln benennen) |       | EUR |
|       |
|       |  |  |
| Gesamtsumme Einnahmen |  | **EUR** |
|  |
|  |
| **Gesamtsumme Ausgaben**  |  | **EUR** |
|  |  |
| **Gesamtsumme Einnahmen ./.** |  | **EUR** |
|  |  |  |
| **Differenz** |   | **EUR** |
|  |  |  |

Wir bestätigen hiermit, dass die zur Verfügung gestellten Fördermittel wirtschaftlich, sparsam und entsprechend unserer Satzung verwendet wurden.

Bei der Außendarstellung unserer Selbsthilfeorganisation haben wir auf die Förderung durch die Gesetzliche Krankenversicherung hingewiesen.

|  |
| --- |
| **Für die Antragstellung sind die Unterschriften von zwei legitimierten Vertretern der Landesorganisation notwendig, die die Richtigkeit der Angaben bestätigen und sich im Falle einer (krankheitsbedingten) Verhinderung gegenseitig vertreten.** |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift (ggf. Stempel) |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift (ggf. Stempel) |