Sozialagentur Sachsen-Anhalt **Achtung! Das Formular muss der Selbst-**

Magdeburger Str. 38 **hilfekontaktstelle Pflege vorgelegt werden!**

06112 Halle (Saale) **Diese** **leitet den Antrag an die Sozialagentur**

**Sachsen–Anhalt weiter.**

**Antrag einer Selbsthilfegruppe Pflege (SHG-P)**

auf Gewährung einer Zuwendung zur Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungs-strukturen und des Ehrenamts gemäß §§ 23 bis 44 Landeshaushaltsordnung des Landes Sachsen-Anhalt (LHO LSA), Verwaltungsvorschriften zur LHO (VV LHO) i.V.m. § 45c SGB XI sowie der Selbsthilfe nach § 45d SGB XI für das Kalenderjahr **20**\_\_\_

**Daten der Selbsthilfegruppe Pflege**

1. Ansprechpartner:

Name / Vorname \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon / Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Ansprechpartner:

Name / Vorname \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon / Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name der SHG-P: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gründungsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Webadresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

zuständige Selbsthilfekontaktstelle Pflege: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gewährung einer Zuwendung ab (Datum eintragen):

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

Mit welcher Zielgruppe befasst sich die Selbsthilfegruppe Pflege: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Treffpunkt der Selbsthilfegruppe Pflege (Ortsangabe): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ziele der Selbsthilfegruppe Pflege (Hier können mehrere Möglichkeiten angekreuzt werden):

Unterstützung, allgemeine Betreuung und Entlastung der Pflegebedürftigen

Entlastung der Angehörigen der Pflegebedürftigen

Erleichterung des Pflegealltags für die Pflegenden

Verbesserung der Pflege im häuslichen Umfeld

Verbesserung der Rahmenbedingungen für Pflegebedürftige und Pflegende

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

Wesentliche Inhalte der Gruppenarbeit sind (Hier können mehrere Möglichkeiten angekreuzt werden):

gegenseitige Information und Beratung

Austausch unter Gleichbetroffenen

gegenseitige Unterstützung

gemeinsame Aktivitäten zur Bewältigung des Pflegealltags

Aktivitäten zur öffentlichen Information über das Thema Pflege

Aktivitäten zur politischen Vertretung des Themas Pflege

ehrenamtliche Unterstützung anderer Pflegefälle

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

Die Selbsthilfegruppe Pflege *weist* eine *verlässliche und kontinuierliche Gruppenarbeit und Erreichbarkeit in Sachsen-Anhalt gegenüber* der für sie regional *zuständigen Selbsthilfekontaktstelle Pflege nach*.

Die Gruppengröße umfasst in der Regel *mindestens fünf Mitglieder*, durchschnittlich\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(Anzahl bitte eintragen!)* Mitglieder.

Die Selbsthilfegruppe Pflege hat ein *Gründungstreffen durchgeführt und ihre Gründung protokolliert* *(Es ist ein Gründungsprotokoll vorzulegen!)*.

Die Selbsthilfegruppe Pflege gibt ihr Angebot *regelmäßig öffentlich bekannt*, z.B. bei der örtlichen Selbsthilfekontaktstelle Pflege oder in der regionalen Presse.

Die Selbsthilfegruppe Pflege ist *offen für neue Mitglieder.*

Die Selbsthilfegruppe Pflege *arbeitet* bereits *seit mindestens sechs Monaten* und *trifft sich mindestens zweimal im Monat.*

Die Selbsthilfegruppe Pflege besteht aus Gruppenleitung und Gruppenmitgliedern, die *ehrenamtlich* arbeiten.

Die Selbsthilfegruppe Pflege benennt ein nur für die Zwecke der Selbsthilfe *gesondertes Konto und einen Verfügungsberechtigten.*

Es erfolgt *keine* ***Pauschalförderung*** *nach § 20h SGB V* (Gesetzliche Krankenversicherungen; Förderung der Selbsthilfe).

Wir haben / werden außer diesem noch weitere Anträge auf Gewährung einer Zuwendung gestellt/stellen (z.B. bei Kommunen, Kassen, Verbände etc.)

nein

ja, bei \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Höhe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Kosten- und Finanzierungsplan für das Kalenderjahr 20\_\_**

**Einnahmen** in Euro

Landesmittel und Mittel der Pflegekassen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gesamteinnahmen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ausgaben** in Euro

Sachkosten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gesamtausgaben: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

davon

**Sachkosten**

1. Raummiete in Höhe von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €

2. Öffentlichkeitsarbeit in Höhe von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €

3. Schulungen/Fortbildung in Höhe von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €

5. Büromaterial in Höhe von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €

6. Sonstiges in Höhe von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_

Sachkosten insgesamt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €

**beantragte Fördersumme (Landesmittel & Mittel d. Pflegekassen):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€

**Vorzeitiger Maßnahmenbeginn**

Der vorzeitige Maßnahmenbeginn wird ab\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ beantragt.

**Allgemeine Erklärungen**

Wir verpflichten uns, die Zuschüsse gemäß § 45d SGB XI zu verwenden.

Hiermit erklären wir, dass wir stellvertretend für die Selbsthilfegruppe Pflege die Fördermittel beantragen.

Wir sind verantwortlich für die ordnungsgemäße Verwendung des Geldes.

Die allgemeinen Nebenbestimmungen haben wir zur Kenntnis genommen.

Uns ist bekannt, dass Anträge auf Förderung mit der rechtsverbindlichen Unterschrift von zwei Mitgliedern bis zum 15.11. des dem Bewilligungszeitraum vorausgehenden Jahres an die jeweils örtlich zuständige Selbsthilfekontaktstelle Pflege zu richten sind. Diese leitet die Anträge bis spätestens 15.12. des dem Bewilligungszeitraum vorausgehenden Jahres an die Sozialagentur Sachsen-Anhalt weiter.

**Des Weiteren ist uns bekannt, dass die Verwendung der Zuwendungen bis zum 28.02. des auf den Bewilligungszeitraum folgenden Jahres gegenüber der Selbsthilfekontaktstelle Pflege mittels einfachen Verwendungsnachweises nachzuweisen ist.**

Name und Vorname in Druckbuchstaben Name und Vorname in Druckbuchstaben

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

Unterschrift 1. Ansprechpartner SHG-P Unterschrift 2. Ansprechpartner SHG-P

Ort und Datum Ort und Datum

Anlage/n

einfache Jahresplanung

Kopie Nutzungsvereinbarung/Mietvertrag

Kopie Gründungsprotokoll

Presseartikel / Flyer

**Bestätigung der örtlich zuständigen Selbsthilfekontaktstelle Pflege**

Die Selbsthilfekontaktstelle Pflege bestätigt die Angaben der Selbsthilfegruppe Pflege.

Darüber hinaus macht die Selbsthilfekontaktstelle Pflege zu der Selbsthilfegruppe Pflege folgende Angaben:

1. Es handelt sich um: einen Erstantrag

einen Folgeantrag

1. Der Selbsthilfekontaktstelle Pflege liegt eine Erklärung zu den Zusammenkünften der Selbsthilfegruppe Pflege mit Aussagen zu folgenden Punkten vor:

* Zielrichtung und den wesentlichen Inhalten der Arbeit der Selbsthilfegruppe Pflege
* Dauerhaftigkeit, Verlässlichkeit und Regelmäßigkeit

Die Vorprüfung hat ergeben:

* Der Antrag auf Gewährung einer Zuwendung ist vollständig.
* Zuwendungsvoraussetzungen liegen vor

Name der / des Unterzeichnenden in Druckbuchstaben:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ort und Datum Unterschrift d. Selbsthilfekontaktstelle Pflege (ggfs. Stempel)