



Kassenartenübergreifende Pauschalförderung
- regionale Selbsthilfegruppen -

Abgabefrist: 30.06. des Folgejahres der Förderung

Gültig bei einer Fördersumme bis 750,- Euro

Bestätigung über die Verwendung der kassenartenübergreifenden Fördermittel gemäß § 20h SGB V für das Förderjahr: _____

Name und Anschrift der Selbsthilfegruppe:

Ansprechpartner/in bei Rückfragen:

Telefon:

Bewilligungsschreiben vom:

Förderbetrag:

€

Die Fördermittel wurden ausschließlich für satzungsgemäße gesundheitsbezogene Selbsthilfeaufgaben entsprechend dem Leitfaden für Selbsthilfeförderung des GKV-Spitzenverbandes zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20h SGB V vom 10. März 2000 in der jeweils aktuellen Fassung von der Selbsthilfegruppe verwendet.

Bitte reichen Sie keine Einzelbelege (Kassenbons, Quittungen, etc.) ein!

zurück an:

Ort, Datum

Name, Vorname in Druckbuchstaben

Unterschrift 1.
Vertretungsbefugte/r

Name, Vorname in Druckbuchstaben

Unterschrift 2.
Vertretungsbefugte/r