

Sozialagentur Sachsen-Anhalt
Magdeburger Str. 38
06112 Halle (Saale)

Achtung! Das Formular muss der zuständigen Selbsthilfekontaktstelle Pflege vorgelegt werden! 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 Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts gemäß §§ 23 und 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 _____

2. 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 Pflegenden
- ☐ _____

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): _____ €

* Sonstiges: Bitte erläutern Sie die Ausgaben. Für eventuelle Ausflüge ist bitte die Anlage 1 auszufüllen.

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

- ☐ 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 ☐
2. 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)