

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

**Achtung! Das Formular muss der 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 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

ab dem 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:

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 pflegenden Angehörigen
- 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 (Summe Land & 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.

Uns ist bekannt, dass Anträge für das Folgejahr bis zum 15.12. gestellt werden müssen.

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.

