|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |

|  |
| --- |
| Förderung Kontaktbüro Pflegeselbsthilfe |
|  Antrag zur Gruppenänderung  |
| Gruppenwechsel, Zugang neuer Pflegeselbsthilfegruppen bzw. Wegfall bestehender Pflegeselbsthilfegruppen  |
|  |

 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Bezirksregierung DüsseldorfDezernat 34 –SPF-Am Bonneshof 35 |  |
| 40474 Düsseldorf |  |
|  | **34.04.01-\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |  |

|  |
| --- |
| 1. **Zuwendungsempfänger/Name/Bezeichnung:**
 |
| 1. **Art der Änderungsanzeige**

[ ]  Zugang einer oder mehrerer Pflegeselbsthilfegruppen[ ]  Wegfall einer oder mehrerer Pflegeselbsthilfegruppen[ ]  GruppenwechselSollte sich durch die Anzeige die Finanzierung ändern, z.B. mehr Gruppen als bisher vorgesehen, ist ein Finanzierungsplan beizufügen. Hierfür kann die schematische Vorgabe des Finanzierungsplanes verwendet werden. |
| 1. **Angaben zu Pflegeselbsthilfegruppen:**
 |
| * 1. **Angaben zum Zugang bisher geplanter NN-Gruppen oder neuer Gruppen**(Bei mehreren Gruppen bitte Feld eigenständig für die weitere Gruppen erweitern und Erklärungen nach gleichem Muster abgeben)

Selbsthilfegruppe xx(konkrete Angaben: Datum der Einrichtung der Gruppe, Name der Gruppe, Ort, Treffpunkt, Zeiten der Treffen, Personenzahl, selbstorganisiert oder angeleitet)Die/Der Antragsteller/in erklärt, dass [ ]  es sich bei dieser/n Gruppe/n um (eine) Selbsthilfegruppen im Sinne der Programmlinie (Pflegeselbsthilfegruppe) handelt, also um einen Zusammenschluss (mind. 5 Personen) von pflegebedürftigen Menschen sowie von deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden.[ ]  diese Gruppe/n nicht nach § 20 h SGB V gefördert wird/werden. |
| * 1. **Angaben zum Wegfall von Gruppen**Bei mehreren Gruppen bitte Feld eigenständig für die weitere Gruppen erweitern

Selbsthilfegruppe lfd. Nummer (laufende Nummer der im Zuwendungsbescheid unter Ziffer 4 - Unterstützung der Pflegeselbsthilfegruppen - ausgewiesenen Gruppe)Datum des Ausscheidens der Gruppe: *Datum auswählen* |
| * 1. **Angaben zum Gruppenwechsel**(Beim Gruppenwechsel mit Angabe des Datums des geplanten Eintritts sowie Datum des Ausscheidens der bisherigen Gruppe. Bitte die laufende Nummer der im Zuwendungsbescheid unter Ziffer 4 - Unterstützung der Pflegeselbsthilfegruppen - ausgewiesenen Gruppe angeben)

Datum des Ausscheidens der Selbsthilfegruppe zur lfd. Nummer xx: *Datum auswählen*Selbsthilfegruppe(konkrete Angaben: Datum der Einrichtung der Gruppe, Name der Gruppe, Ort, Treffpunkt, Zeiten der Treffen, Personenzahl, selbstorganisiert oder angeleitet)Die/Der Antragsteller/in erklärt, dass [ ]  es sich bei dieser/n Gruppe/n um (eine) Selbsthilfegruppen im Sinne der Programmlinie (Pflegeselbsthilfegruppe) handelt, also um einen Zusammenschluss (mind. 5 Personen) von pflegebedürftigen Menschen sowie von deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden.[ ]  diese Gruppe/n nicht nach § 20 h SGB V gefördert wird/werden. |
| 1. **Hinweis auf § 264 StGB:**

**Ich erkläre hiermit, dass mir bekannt ist, dass*** **sämtliche in diesem Förderantrag gemachten Angaben sowie die in den beigefügten Anlagen/Vordrucken gemachten Angaben subventionserhebliche Tatsachen im Sinne des § 264 Abs. 8 StGB sind.**
* **sämtliche während und nach dem Ende der Maßnahme gemachten Angaben (postalisch oder elektronisch) und eingereichten Unterlagen (postalisch oder elektronisch), insbesondere die Angaben in dem Zwischennachweis und die Angaben in dem Verwendungsnachweis, ebenfalls subventionserhebliche Tatsachen im Sinne des § 264 Abs. 8 StGB sind.**
* **die Regelungen des Zuwendungsbescheides und die ihm beigefügten allgemeinen und besonderen Nebenbestimmungen als eine Verwendungsbeschränkung im Sinne des § 264 Abs. 1 Nr. 2 StGB anzusehen sind.**
* **ich mich gemäß § 264 Abs. 1 StGB strafbar mache, wenn ich**

**1. einer für die Bewilligung einer Subvention zuständigen Behörde oder einer anderen in das Subventionsverfahren eingeschalteten Stelle oder Person (Subventionsgeber) über subventionserhebliche Tatsachen für mich oder eine andere Person unrichtige oder unvollständige Angaben mache, die für mich oder die andere Person vorteilhaft sind,****2. einen Gegenstand oder eine Geldleistung, deren Verwendung durch Rechtsvorschriften oder durch den Subventionsgeber im Hinblick auf eine Subvention beschränkt ist, entgegen der Verwendungsbeschränkung verwende,****3. den Subventionsgeber entgegen den Rechtsvorschriften über die Subventionsvergabe über subventionserhebliche Tatsachen in Unkenntnis lasse oder****4. in einem Subventionsverfahren eine durch unrichtige oder unvollständige Angaben erlangte Bescheinigung über eine Subventionsberechtigung oder über subventionserhebliche Tatsachen gebrauche~~.~~** * **es für eine Strafbarkeit nach § 264 StGB nicht erforderlich ist, dass die Zuwendung für mich selbst beantragt wird oder dass die beantragte Zuwendung tatsächlich gewährt wird.**
 |
| 1. **Weitergabe von Daten**

Ich nehme zur Kenntnis, dass Daten, die ich in diesem Antrag und während der Bearbeitung des Förderprojektes der Bezirksregierung Düsseldorf mitteile zur Entscheidung über den Förderantrag und die spätere Bearbeitung des Förderprojektes erforderlich sind. Sie werden zu diesem Zweck gespeichert. Diese Daten werden ggf. an das zuständige Ministerium und den Landesrechnungshof weitergegeben, soweit dies für die Bearbeitung oder im Rahmen eines Fördercontrollings bzw. einer Prüfung erforderlich ist.Die Datenverarbeitung beruht auf § 6 Abs. 1 Buchst. e DSGVO in Verbindung mit § 3 DSG NW, dem jährlichen Haushaltsgesetz und den jeweils einzelnen Fördererlassen. Die weitergehenden Informationen zu meinen Rechten als Betroffene/r unter http://www.brd.nrw.de/service/datenschutz.html, die auch schriftlich oder mündlich bei der Bezirksregierung Düsseldorf erfragt werden können, habe ich zur Kenntnis genommen. |
| Ort/Datum...................................................................................... | Rechtsverbindliche Unterschrift des/der Handlungsberechtigten..................................................................................................In Druckbuchstaben |

## Ausgaben- und Finanzierungsplan (schematische Vorgabe) nur soweit zutreffend- vgl. Ziffer 2

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | *2020**(anteilig)* | *2021**(anteilig)* | *2022* | *2023* | *2024* |
| **a) Kontaktbüro** |  |  |  |  |  |
| Personalausgaben\*  |  |  |  |  |  |
| 1. Mitarbeiter/in |  |  |  |  |  |
| 2. Mitarbeiter/in |  |  |  |  |  |
| Sachausgaben |  |  |  |  |  |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| **b) Selbsthilfegruppen** |  |  |  |  |  |
| *Sachausgaben der \_\_\_(Anzahl) Selbsthilfegruppen* |  |  |  |  |  |
| ***c) Personalausgaben für ext. Anleitung von Gruppen*** ***Gruppen Gruppen***  |  |  |  |  |  |
| ***d) Sachausgaben für Öffentlichkeitsarbeit*** |  |  |  |  |  |
| **Gesamtausgaben** |  |  |  |  |  |
| abzüglich Eigenmittel |  |  |  |  |  |
| abzüglich Drittmittel (welche?) |  |  |  |  |  |
| Zuwendungsbedarf  |  |  |  |  |  |
| - davon 75 v.H. Pflegekassen |  |  |  |  |  |
| - davon 25 v.H. Land NRW |  |  |  |  |  |