

<b>Betreuendes Kontaktbüro Pflegeselbsthilfe</b> (vierstellige Geschäftszeichen-Nr. im Zuwendungsbescheid + Träger + Ort)					
<b>Bezeichnung der Gruppe</b> (vierstellige Geschäftszeichen-Nr. im Zuwendungsbescheid + laufende Nr. im Zuwendungsbescheid + individueller Gruppenname)					
Es handelt sich um eine	<input type="checkbox"/> a) Gruppe pflegebedürftiger Menschen	<input type="checkbox"/> b) Gruppe pflegender Angehöriger			
	<input type="checkbox"/> c) angeleitete Gruppe	<input type="checkbox"/> d) selbstorganisierte Gruppe			
	<input type="checkbox"/> e) dauerhafte, betreute Online-Gruppe				
Ort, Treffpunkt und Zeiten der Gruppentreffen <small>(regelmäßig, d.h. in der Regel monatlich, mit Ausnahme dauerhafter, betreuter Online-Angebote):</small>					
Kontaktperson der Gruppe: <small>(Kontaktdaten)</small>					
Kontoverbindung eines Kontos zur Erstattung von evtl. Ausgaben der Gruppe:					
Anleiterin / Anleiter der Gruppe (Kontaktdaten / Kontoverbindung zur Erstattung von evtl. Ausgaben einer externen Anleitung der Gruppe):					
Gründung der Gruppe <small>(Monat/Jahr):</small>		Beginn der Betreuung der Gruppe <small>(Monat/Jahr):</small>			
Beginn der finanziellen Unterstützung der Gruppe <small>(Monat/Jahr):</small>		Ende der finanziellen Unterstützung der Gruppe <small>(Monat/Jahr):</small>		Auflösung der Gruppe: <small>(Monat/Jahr):</small>	

**Programmlinie Pflegeselbsthilfe zum Landesförderplan Alter und Pflege: Nachweis zweckbestimmter Mittelverwendung der Pflegeselbsthilfegruppe**

*(Teil-)Auszahlungen der Fördermittel zur Unterstützung an die Selbsthilfegruppe bzw. an deren Anleitung dürfen nur gegen Vorlage entsprechender Originalbelege erfolgen.*

Jahr: _____	Sachausgaben zur Unterstützung der Selbsthilfearbeit der Pflegeselbsthilfegruppe			Personalausgaben zur Unterstützung einer externen Anleitung der Pflegeselbsthilfegruppe		
	Datum	Ausgaben	Empfänger der Erstattung	Datum	Ausgaben	Empfänger der Erstattung
Januar						
Februar						
März						
April						
Mai						
Juni						
Juli						
August						
September						
Oktober						
November						
Dezember						
Höhe der Ausgaben im Jahr insgesamt:						
Ich bestätige, dass die Fördermittel zur Unterstützung der umseitig angegebenen Pflegeselbsthilfegruppe ausschließlich zweckbestimmt als Zuschuss zu den originären, auf die Selbsthilfearbeit entfallenen Ausgaben verwendet worden sind.			Ich bestätige, dass die Fördermittel zur finanziellen Unterstützung einer externen Anleitung der umseitig angegebenen Pflegeselbsthilfegruppe ausschließlich zweckbestimmt als Zuschuss zu den Ausgaben für die externe Anleitung verwendet worden sind.			
<b>Ort, Datum</b> (oder im Ausnahmefall der Leiterin / des Leiters der Gruppe)	<b>Unterschrift einer Kontaktperson der Gruppe</b>		<b>Ort, Datum</b>	<b>Unterschrift der Leiterin / des Leiters</b>		