



Gilt bei einer Fördersumme ab 500,01 Euro

# Verwendungsnachweis der krankenkassenindividuellen Fördermittel gemäß § 20h SGB V

der örtlichen Gruppen der Gesundheitsselbsthilfe in NRW für das Jahr

## - Projektförderung -

Name der Selbsthilfegruppe

Ansprechpartner

Straße

Postleitzahl

Ort

Projektname

Höhe des bewilligten Zuschusses

 Euro

### Tatsächliche Ausgaben (bitte nur Informationen eintragen, die bei Ihrem Projekt zutreffen)

Raumkosten oder Miete

 Euro

Referentenkosten/Honorar (bitte Empfänger benennen)

 Euro

Verpflegung

 Euro

Seminarkosten gesamt:

 Euro

Anzahl TN

Personen

Übernachtung/ Verpflegung pro TN

Euro

Teilnahmegebühr

Euro

Fahrtkosten

 Euro

Portokosten

 Euro

Materialkosten (Kopier/Druckkosten usw.) gesamt (bitte benennen)

 Euro

Sonstiges gesamt

 Euro

**Tatsächliche Gesamtkosten**

 Euro

**Tatsächliche Einnahmen**

Teilnahmegebühren Mitglieder

Euro

Spenden

Euro

Zuschüsse anderer Krankenkassen gesamt

Euro

Sonstige Einnahmen (bitte benennen)

Euro

**Tatsächliche Gesamteinnahmen**

**Euro**

Wir bestätigen hiermit, dass die zur Verfügung gestellten Fördermittel wirtschaftlich, sparsam und entsprechend unserer Satzung verwendet wurden.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. Stempel)

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. Stempel)