



KNAPPSCHAFT

SVLFG
Landesfachliche
Krankenkasse



Senden Sie uns diesen Nachweis mit dem Antrag für das Folgejahr – spätestens bis zum 31.3.2019 - zurück an die federführende Krankenkasse.

Gültig bei einer Fördersumme bis 1.000,- Euro

**Bestätigung über die Verwendung
der kassenartenübergreifenden Fördermittel gemäß § 20h SGB V
der örtlichen Gruppen der Gesundheitsselfsthilfe in NRW
für das Jahr 2018**

-Gemeinschaftsförderung-

Angaben zur geförderten Selbsthilfegruppe

Name _____

vollständige Adresse _____

Bewilligungsschreiben vom _____

Höhe des bewilligten Zuschusses _____ EUR

Wir bestätigen hiermit, dass die zur Verfügung gestellten Fördermittel wirtschaftlich, zweckentsprechend und gemäß unserer Satzung für die Gruppenarbeit verwendet wurden.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. Stempel)