



Senden Sie uns diesen Nachweis mit dem Antrag für das Folgejahr  
– **spätestens bis zum 31.03.2023** - zurück an die federführende Krankenkasse.

Gültig bei einer Fördersumme **bis 1.000 Euro**

**Bestätigung über die Verwendung  
der Pauschalfördermittel gemäß § 20h SGB V  
der örtlichen Gruppen der Gesundheitsselbsthilfe in NRW  
für das Jahr**

**– Pauschalförderung: Anlage 1 –**

**Angaben zur geförderten Selbsthilfegruppe**

Name der Selbsthilfegruppe

Ansprechpartner

vollständige Adresse

**Höhe des bewilligten Zuschusses**

**EUR**

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

Ort, Datum, ggf. Stempel

1. Unterschrift

Name in Druckbuchstaben

Ort, Datum, ggf. Stempel

2. Unterschrift

Name in Druckbuchstaben