



Bitte pro Maßnahme einen Verwendungsnachweis ausfüllen und **spätestens bis zum 31.03.2023** an die federführende Krankenkasse senden.

**Nachweis über die Verwendung
für die Maßnahmen der Pauschalförderung gemäß § 20h SGB V
der örtlichen Gruppen der Gesundheitsselbsthilfe in NRW
für das Jahr**

– Pauschalförderung: Anlage 2 –

Angaben zur geförderten Selbsthilfegruppe

Name der Selbsthilfegruppe

Ansprechpartner

vollständige Adresse

Maßnahme

Höhe des bewilligten Zuschusses

EUR

Tatsächliche Ausgaben (Bitte benennen)

EUR

EUR

EUR

Tatsächliche Gesamtausgaben

Tatsächliche Einnahmen

Teilnahmegebühren

EUR

Spenden

EUR

Tatsächliche Gesamteinnahmen

EUR

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

[Redacted area for location, date, and stamp]

Ort, Datum, ggf. Stempel

[Redacted area for signature]

1. Unterschrift

[Redacted area for name]

Name in Druckbuchstaben

[Redacted area for location, date, and stamp]

Ort, Datum, ggf. Stempel

[Redacted area for signature]

2. Unterschrift

[Redacted area for name]

Name in Druckbuchstaben