Verwendungsnachweis für die Krankenkasse/-\ über Projektfördermitte		SCB V für d	as Förderiahr	
•		SGD V IUI U	as i orderjani	
1. Name des geförderten Pr	Ojektes			
2. Empfänger der Fördermit	tel			
Name der Selbsthilfeorganisation				
Straße, Hausnummer				
PLZ, Ort				
3. Ansprechpartner/-in für e	ventuelle Rückfı	ragen		
Name				
E-Mail		Telefon		
4. Erhaltene und verausgab	te Proiektförderr	⊥ nittel		
Förderzusage/Bewilligung (Datum)	Geschäftszeichen		Erhaltene Fördermittel (in EUR)	
Automatischer Übertrag der Summe vo	on Seite 2		Verausgabte Fördermittel (in EUR)	
			Nicht verbrauchte Fördermittel (in EUR)*	
5. Transparenz				
Homepage/Link, unter der die Veröffer	ntlichung der Fördermitt	el erfolgt		
C Fuldinum				
Projekt gemäß Förderzusage/Bewilligur und Gewährung krankenkassenindividue fung bereitgehalten und auf Anforderung	ngsschreiben und gem eller Fördermittel (Projek zur Verfügung gestellt.	äß der "Allgemeinen tförderung) gemäß§ Es wird versichert, da	rmittel ausschließlich für das oben genannt Nebenbestimmungen für die Beantragun 20h SGB V". Originalbelege werden zur Prüss die Angaben vollständig und korrekt sin	
Als Anlagen zu diesem Verwendungsna nissen und bei einer Förderung von Me			des Projektes und zu den erzielten Ergeb bei.	
Ort, Datum Bitte in Druckbuch Name Unterzeichner/-ir			Unterschrift	
Ort, Datum Bitte in Druckbuchste Name Unterzeichner/-in, Po			Unterschrift	
* Näheres zum Umgang mit nicht veraus net werden. Anlage	gabten Mitteln ist mit de	en Fördermittelgeberr	zu klären. Diese Mittel können ggf. verrech	

Aufstellung der tatsächlichen Ausgaben für das Projekt (Belegliste)

Bei Bedarf benutzen Sie bitte ein separates Blatt

Lfd. Nr. Belege	Datum des Beleges	Zahlungsempfänger/-in	Grund der Auszahlung / Projektbezug	Betrag in EUR	Bemerkung	
			_			
				1		
Summe						