

Ihre Antwort senden Sie bitte an:

Nachweis über die Mittelverwendung – ab 1.001 € gemäß § 20 h SGB V für das Förderjahr 2024

Empfänger der Fördermittel

Name:

Straße/Haus-Nr.:

PLZ/Ort:

AnsprechpartnerIn bei eventuellen Fragen

Name: Telefon:

Bewilligungsschreiben vom: **Geschäftszeichen:** **Betrag (€):**

1. Zahlenmäßiger Nachweis/Verwendungszweck: oder gesonderte Anlage

Lfd. Nr. Belege	Datum Beleg	Empfänger Zahlung	Kostenart (lt. Fin. Plan)	Zweck	Betrag (€)	Bemerkung
1						
2						
3						
4						
5						
Gesamtbetrag:					<input type="text"/>	

Die Originalrechnungen werden von den Fördermittelempfängern 6 Jahre zur Einsichtnahme aufbewahrt.

Die Fördermittel wurden ausschließlich für gesundheitsbezogene Selbsthilfeaufgaben – gemäß § 20 h SGB V verwendet. Uns ist bekannt, dass finanzielle Zuwendungen bei Zweckentfremdung oder wenn die Gesamtausgaben unter der bewilligten Fördersumme liegen zurückgefordert werden.

2. Jahres- oder Tätigkeitsbericht: Bitte fügen Sie den Bericht als Anlage zu!

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	1. rechtsverbindliche Unterschrift
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	2. rechtsverbindliche Unterschrift

