

Ihre Antwort senden Sie bitte an:

## Nachweis über die Mittelverwendung – ab 1.001 € gemäß § 20 h SGB V für das Förderjahr 2022

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						
<b>Gesamtbetrag:</b>					<input style="width: 100px;" 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!

Ort, Datum

1. rechtsverbindliche Unterschrift

Ort, Datum

2. rechtsverbindliche Unterschrift

**Anlage 1**  
**Zahlenmäßiger Nachweis /**  
**Verwendungszweck**



Lfd. Nr.	Datum Beleg	Empfänger der Zahlung	Kostenart (lt. Fin. Plan)	Zweck	Betrag €	Bemerkung