

**Antrag des Versicherten auf Bezuschussung,
Teilnahmebescheinigung und Verpflichtungserklärung des Anbieters
Individuelle Maßnahmen (Kurse, Seminare) der Primärprävention nach § 20 SGB V**

Der Versicherte füllt Teil 1 „Antrag auf Bezuschussung“ dieses Formulars aus. Der Anbieter füllt Teil 2 „Teilnahmebescheinigung und Verpflichtungserklärung“ aus. Der Versicherte leitet das ausgefüllte Formular an die Krankenkasse weiter.

Datenschutzhinweis für den Versicherten: Die Krankenkasse verwendet die hier erhobenen Daten, um zu prüfen, ob sie die Kosten erstatten kann. (§284 Abs. 1 Nr4 SGB V). Die Daten werden zum Zweck des Nachweises der Teilnahme und der Überweisung des Erstattungsbetrages erhoben, verarbeitet und genutzt. Die Angabe der Daten ist freiwillig. Ohne die Angaben kann eine Überweisung jedoch nicht vorgenommen werden.

1. Antrag auf Bezuschussung (vom Versicherten bzw. dessen gesetzlichem Vertreter in Druckbuchstaben auszufüllen)

Name des Versicherten

Geburtsdatum

Versichertennummer

Ich beantrage einen Zuschuss zu der Maßnahme:

Titel:

Ich bestätige, dass ich an der o.g. Maßnahme teilgenommen habe und dass sie vom umseitig genannten Anbieter/ Kursleiter persönlich durchgeführt wurde.

Bei Angeboten von Einrichtungen, die auch Mitgliedsbeiträge erheben: Ich bestätige, dass der Zuschuss der Krankenkasse nicht mit aktuellen, früheren oder zukünftigen Mitgliedsbeiträgen verrechnet wird. Die Teilnahmegebühr wird mir nicht als Geld- oder Sachleistung erstattet. Die Teilnahme am Kurs ist nicht Bedingung einer derzeitigen oder zukünftigen Mitgliedschaft geknüpft.
Ein zu Unrecht erhaltener Zuschuss ist zurückzuzahlen.

Ich habe die Teilnahmegebühr bereits gezahlt und bitte um Erstattung Ihres Zuschusses auf mein Konto. Als Nachweis füge ich die Original-Quittung oder Kontoauszug darüber bei.

Ich bin beim Bonusprogramm Healthmiles angemeldet und möchte Healthmiles-Punkte für diesen Präventionskurs erhalten. Bitte leiten Sie die Bescheinigung an das Healthmiles-Team weiter.

Ich bin Bezieher von Sozialhilfe, ALG I, ALG II oder Grundsicherung bzw. von Zuzahlungen befreit und bitte Sie, den erhöhten Zuschuss direkt an den Leistungserbringer/mich (unzutreffendes bitte streichen) zu überweisen.

IBAN

BIC

Bank

Konto-Inhaber

Datum

Unterschrift des Versicherten

securita

KRANKENKASSE

2. Teilnahmebescheinigung und Verpflichtungserklärung (vom Anbieter in Druckbuchstaben auszufüllen)

Herr/Frau _____ hat an der umseitig genannten Maßnahme

vom _____ bis _____
(TT/MM/JJJJ) (TT/MM/JJJJ)

An _____ von _____ Kurseinheiten à _____ Minuten Dauer teilgenommen.

Präventionsprinzip/Inhalt: (nur ein Präventionsprinzip ankreuzen – dasjenige, auf dem der Schwerpunkt liegt)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivitäten | <input type="checkbox"/> Vorbeugung/Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete Bewegungsprogramme |
| <input type="checkbox"/> Vermeidung von Mangel-/Fehlernährung | <input type="checkbox"/> Vermeidung und Reduktion von Übergewicht |
| <input type="checkbox"/> Förderung von Stressbewältigung | <input type="checkbox"/> Förderung von Entspannung |
| <input type="checkbox"/> Förderung des Nichtrauchens | <input type="checkbox"/> Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums |

Kursleiter

_____	_____	_____
Name	Qualifikation (staatl. anerkannter Berufs-/Studienabschluss)	Zusatzqualifikation (nur Maßnahmebezogene Qualifikation)
Ggf. weitere Kursleiter		
_____	_____	_____

Der/ Die o.g. Kursleiter hat/haben die Maßnahme persönlich durchgeführt.

Die Gebühr für die Maßnahme beträgt _____ Euro.

Die Maßnahme wurde von der Krankenkasse als förderfähig anerkannt und nach den Qualitätskriterien des GKV-Leitfadens in der geltenden Fassung umgesetzt.

Ich versichere, der Steuerpflicht aus den vorgenannten Einnahmen nachzukommen und den Verpflichtungen zur Abführung von Beiträgen zur Sozialversicherung zu entsprechen.

Bei Angeboten von Einrichtungen, die auch Mitgliedsbeiträge erheben: Ich bestätige, dass der Zuschuss der Krankenkasse nicht mit aktuellen, früheren oder zukünftigen Mitgliedsbeiträgen verrechnet wird. Die Teilnahmegebühr wird nicht als Geld- oder Sachleistung erstattet. Die Teilnahme am Kurs ist nicht an die Bedingung einer derzeitigen oder zukünftigen Mitgliedschaft geknüpft.

Bei wohnortfernen Angeboten: Ich versichere, dass die Kursgebühr ausschließlich der Bezahlung des genannten Präventionsangebotes dient und es keinerlei Quersubventionierung von Übernachtungs-, Verpflegungs- oder sonstigen Kosten gibt.

Ich versichere, dass die hier gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

Die Krankenkasse hat das Recht, die Einhaltung der Kriterien des GKV-Leitfadens Prävention in der geltenden Fassung auch vor Ort unangemeldet zu überprüfen.

Ich nehme mögliche rechtliche Folgen von Verstößen gegen den GKV-Leitfaden Prävention zur Kenntnis: Sofern ich als Anbieter die mir nach dem GKV-Leitfaden Prävention obliegenden Pflichten nicht erfülle und/oder entgegen dessen Bestimmungen handle, kann von der betroffenen Krankenkasse Abhilfe und/oder Unterlassung verlangt werden. Hierfür setzt die Krankenkasse eine angemessene Frist.

Bei schwerwiegenden oder wiederholten Verstößen, kann die betroffene Krankenkasse nach erfolgter Anhörung eine angemessene Strafzahlung bis zu 5.000 Euro festsetzen. Unabhängig davon ist der entstandene Schaden zu ersetzen.

Ich verpflichte mich, den versicherten insofern freizustellen und zu Unrecht erhaltene Beträge direkt an die betroffene Krankenkasse zurückzuführen.

Schwerwiegende oder wiederholte Verstöße rechtfertigen ferner den Ausschluss von weiterer Förderung der von mir angebotenen Maßnahmen. Die sind insbesondere:

- Nichterfüllung organisatorischer, sachlicher, fachlicher und/oder personeller Voraussetzungen
- Abrechnung nicht erbrachter Leistungen
- Nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen

Datum und Ort

Stempel + Persönliche Unterschrift des Anbieters

securita

KRANKENKASSE