

**BOSCH****BKK**

Antrag auf Bezuschussung und Teilnahmebescheinigung

für individuelle Maßnahmen (Kurse, Seminare) der Primärprävention nach § 20 SGB V

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

bitte füllen Sie Teil 1 „Antrag auf Bezuschussung“ dieses Formulars aus. Der Kursanbieter füllt Teil 2 „Teilnahmebescheinigung und Verpflichtungserklärung“ aus. Bitte leiten Sie das Formular das ausgefüllte Formular (Teil 1 und Teil 2) danach an Ihre Bosch BKK-Geschäftsstelle weiter.

1. Antrag auf Bezuschussung

(von Versicherten bzw. deren gesetzlichem Vertreter in DRUCKBUCHSTABEN auszufüllen)

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Versicherten-Nr. (s. Krankenversichertenkarte)

Ich beantrage einen Zuschuss zu der umseitig genannten Maßnahme durchgeführt von:

Name, Vorname der Anbieterin/des Anbieters

Adresse, Telefonnummer der Anbieterin/des Anbieters

E-Mail-Adresse der Anbieterin/des Anbieters

Ich bestätige, dass ich an der o.g. Maßnahme teilgenommen habe und dass sie von der/dem umseitig genannter/n Kursleiterin/Kursleiter persönlich durchgeführt wurde. Ich füge einen Nachweis (z. B. Original-Quittung oder Kontoauszug) darüber bei, dass ich die Teilnahmegebühr gezahlt habe.

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 an die Bedingung einer derzeitigen oder zukünftigen Mitgliedschaft geknüpft. Ein zu Unrecht erhaltener Zuschuss ist zurückzuzahlen.

Ich bitte um Überweisung auf mein Konto:

IBAN	BIC
------	-----

Bank

Ort	Datum	Unterschrift des Versicherten
-----	-------	-------------------------------

Datenschutzhinweis für Versicherte: Die Bosch BKK verwendet die hier erhobenen Daten um zu prüfen, ob sie Kosten erstatten kann (§ 284 Abs. 1 Nr. 4 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 nicht vorgenommen werden (§§ 67a,b SGB X).

2. Teilnahmebescheinigung und Verpflichtungserklärung

(von der Anbieterin/dem Anbieter in DRUCKBUCHSTABEN auszufüllen)

Herr/Frau	hat von	bis (Tag, Monat, Jahr)
-----------	---------	------------------------

an folgender Maßnahme teilgenommen:	Kurs-ID der Zentralen Prüfstelle Prävention:
-------------------------------------	--

Die Teilnehmerin/der Teilnehmer hat 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 Stressbewältigungskompetenzen | <input type="checkbox"/> Förderung von Entspannung |
| <input type="checkbox"/> Förderung des Nichtrauchens | <input type="checkbox"/> Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/ Reduzierung des Alkoholkonsums |

Name(n) Kursleiter	Qualifikation(en) (staatl. anerk. Ausbildungen)	Maßnahmenbezogene Zusatzqualifikation
--------------------	---	---------------------------------------

Name(n) Kursleiter	Qualifikation(en) (staatl. anerk. Ausbildungen)	Maßnahmenbezogene Zusatzqualifikation
--------------------	---	---------------------------------------

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

Die Teilnehmerin/Der Teilnehmer hat die Gebühr von Euro _____ entrichtet.

Die Maßnahme wurde von der Krankenkasse als förderfähig anerkannt und nach den Qualitätskriterien des GKV-Leitfadens Prävention 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 dem Teilnehmer/der Teilnehmerin 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 5000 EURO festsetzen. Unabhängig davon ist der entstandene Schaden zu ersetzen. Ich verpflichte mich, den Versicherten insoweit 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. Schwerwiegende Verstöße gegen den GKV-Leitfaden Prävention sind insbesondere:

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

Ort	Datum	Persönliche Unterschrift der Anbieterin/des Anbieters
-----	-------	---