Briefkopf der Selbsthilfekontaktstelle Pflege

**Weiterleitungsvertrag (Selbsthilfe Pflege) für das Haushaltsjahr 20…**

im Rahmen der **Gewährung einer Zuwendung des Landes Sachsen-Anhalt zur Förderung von Selbsthilfegruppen nach § 45 d SGB XI**

zwischen

der Selbsthilfekontaktstelle Pflege

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  | Telefon: |       |
|  |  | E-Mail: |       |
|  |  |  |  |

als –***Vertragsgeber***–

und

der Selbsthilfegruppe Pflege

1. Ansprechpartner:

Name / Vorname \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon / Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Ansprechpartner:

Name / Vorname \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon / Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name der SHG-P: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

als –***Vertragsnehmer***–

Bankverbindung

[ ]  Unsere Selbsthilfegruppe Pflege verfügt über ein **eigenes** Konto.

[ ]  Unsere Selbsthilfegruppe Pflege verfügt über ein **Unterkonto** bei\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(z.B. Landes-, Bundesverband).

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geldinstitut: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(22-stellig)

Hinweis:

* Bei nicht verbandlich organisierten Selbsthilfegruppen Pflege ist ein von einem Gruppenmitglied für die Gruppe eingerichtetes Treuhandkonto oder ein Konto, das für die Gruppe als Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder als nicht eingetragener Verein eingerichtet wurde, vorzuhalten. Erhält die Gruppe kein eigenständiges Konto bei einer Bank, kann alternativ ein Unterkonto eines Girokontos oder ein Sparkonto akzeptiert werden. Der Kontoverfügungsberechtigte ist verpflichtet, sicherzustellen, dass die Fördermittel ausschließlich für den Zweck und die Arbeit der Gruppe verwendet werden. Er hat zudem sicherzustellen, dass die Gruppe in voller Höhe über die Mittel verfügen kann.
* Bei verbandlich organisierten Selbsthilfegruppen Pflege sollte ein Unterkonto geführt werden.

wird folgende Vereinbarung geschlossen:

§ 1 - Vertragsgegenstand -

1. Dem Vertragsnehmer werden / wurden Mittel nach § 45 d SGB XI in Form einer Festbetragsfinanzierung gewährt und an den Vertragsgeber ausgezahlt. Voraussetzung für eine Weiterleitung der Mittel an den Vertragsnehmer ist der Abschluss des vorliegenden Vertrages mit dem Vertragsgeber.

Gegenstand dieses Vertrages ist die Weiterleitung der o. a. Landeszuwendung für Selbsthilfe-gruppen Pflege vom Vertragsgeber an den Vertragsnehmer zur Erfüllung des Zuwendungszwecks.

Die Zuwendung in Höhe von insgesamt ………………… € wird in der Form einer Festbetragsfinanzierung gewährt.

1. Bestandteil dieses Vertrages sind - in ihrer jeweils gültigen Fassung - :

-die Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts nach § 45c SGB XI sowie der Selbsthilfe nach § 45d SGB XI in der am 05.08.2019 veröffentlichten Fassung

-der Antrag zur Gewährung der o.g. Zuwendung vom ..................,

-der Zuwendungsbescheid der Sozialagentur Sachsen-Anhalt mit Datum vom ……………,

-die Allgemeinen Nebenbestimmungen zur Projektförderung (ANBest-P).

Gleichzeitig verpflichten sich die Vertragsparteien gegenseitig zum unverzüglichen Austausch von Informationen, die den Fortgang des Projektes beeinflussen können.

§ 2 - Verwendungsnachweisprüfung -

1. Der Nachweis über die Verwendung der Zuwendung ist gegenüber dem Vertragsgeber durch die Vorlage eines Verwendungsnachweises zu erbringen. Für die Vorlage des einfachen Verwendungsnachweises sind die beigefügten Vordrucke zu verwenden. Der Verwendungs-nachweis ist bei dem Vertragsgeber bis spätestens zum 28.02. des auf den Verwendungs-zeitraum folgenden Jahres einzureichen.
2. Leistungen, die nach Ablauf des Bewilligungszeitraumes erbracht werden, können nicht als zuwendungsfähig berücksichtigt werden.
3. Bei der Durchführung des Projektes sind die Grundsätze von Wirtschaftlichkeit und Sparsam­keit zu beachten.
4. Es sind sowohl der Vertragsgeber, das Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration des Landes Sachsen-Anhalt, die Pflegekassen, die Landesverbände der Pflegekassen in Sachsen-Anhalt, der Verband der privaten Krankenkassen e.V., die Bewilligungsbehörde und der Landesrechnungshof des Landes Sachsen-Anhalt berechtigt, Bücher, Belege, und sonstige Geschäftsunterlagen anzufordern sowie die Verwendung der Zuwendung durch örtliche Erhebung zu prüfen oder durch beauftragte Dritte prüfen zu lassen.

§ 3 - Kündigung aus wichtigem Grund -

|  |
| --- |
| 1. Der Vertragsgeber ist berechtigt, aus wichtigem Grund zu kündigen. Ein wichtiger Grund für eine Kündigung ist insbesondere gegeben, wenn
2. die Voraussetzungen für diesen Vertragsabschluss nachträglich entfallen sind,
3. die Zuwendung durch arglistige Täuschung, Drohung oder Bestechung oder durch Angaben erwirkt wurde, die in wesentlicher Beziehung unrichtig oder unvollständig waren,
4. der Letztempfänger seinen durch den Vertrag begründeten Verpflichtungen nicht nachkommt,
5. die Fördermittel zweckwidrig verwendet werden.
6. Eine zweckwidrige Verwendung liegt auch vor, wenn die Förderung nicht oder nicht mehr für den vorgesehenen Zweck verwendet wird.
 |
| § 4 - Rückzahlung - Kündigt der Vertragsgeber den Vertrag, so ist der Vertragsnehmer verpflichtet, die an ihn weitergeleiteten Mittel an die Sozialagentur Sachsen-Anhalt zurückzuzahlen. Der Vertragsgeber tritt die Rückzahlungsansprüche an die Sozialagentur Sachsen-Anhalt ab.§ 5 - Sonstiges -1. Der Vertragsgeber erklärt, dass ihm die datenschutzrechtlichen Bestimmungen bekannt sind und verpflichtet sich, diese zu beachten.
2. Mit Ablauf des Förderungszeitraums sowie im Fall einer Beendigung der Zusammenarbeit zwischen dem Vertragsgeber und der Sozialagentur Sachsen-Anhalt gehen die Rechte und Pflichten aus diesem Vertrag auf die Sozialagentur Sachsen-Anhalt über.
3. Änderungen, Ergänzungen und Nebenabreden dieses Vertrages müssen als solche gekennzeichnet sein und bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit der Schriftform.
4. Sollten eine oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise rechtsunwirksam oder aufgrund von Änderungen der Förderbestimmungen des Landes Sachsen-Anhalt Anpassungen erforderlich sein, so wird dadurch die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen oder fehlenden Bestimmungen treten die jeweiligen gesetzlichen Regelungen.

§ 6 - Sprachliche Gleichstellung -Personen- und Funktionsbezeichnungen in diesem Vertrag gelten jeweils in weiblicher und männlicher Form.§ 7 - Inkrafttreten -Diese Vereinbarung tritt mit der Unterzeichnung durch die Vertragsparteien in Kraft. |
|  |

Name und Vorname in Druckbuchstaben: Name und Vorname in Druckbuchstaben:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift 1. Ansprechpartner Unterschrift 2. Ansprechpartner

Ort und Datum Ort und Datum

(als–***Vertragsnehmer***–)

Name und Vorname in Druckbuchstaben:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Selbsthilfekontaktstelle Pflege (ggfs. mit Stempel)

Ort und Datum

(als–***Vertragsgeber***–)