



ZUSCHUSSANTRAG

für Maßnahmen der Jugendarbeit gem. den „Richtlinien über die Gewährung von Zuschüssen für örtliche Jugendarbeit im Markt Bruck in der Oberpfalz“

Antragsteller:

.....
(Jugendgruppe/Verein)
Name: **Vorname:**

Anschrift:

.....
(Straße, Nr., PLZ, Ort)
Tel. Nr.: **Mobil-Tel. Nr. :** **E-Mail:**

Der Zuschuss soll überwiesen werden auf das Konto **IBAN:**

Bezeichnung der Maßnahme:.....in.....

(Ort)
am/vom bis **Beginn:** **Ende:**
(Datum)

Teilnehmer/innen:..... **Betreuer/innen bzw. Referenten/innen:** **gesamt:**

davon 1. aus der Gemeinde * **Gesamtkosten**€

2. aus der Gemeinde * **Eigenmittel**€
(z.B. Teilnehmerbeiträge, sonst. Zuschüsse)

3. aus der Gemeinde *:

Entstandenes Defizit€

(*Hier nur kreisangehörige Gemeinden angeben.)

Es wird versichert, dass die aufgeführten Ausgaben tatsächlich unmittelbar für diese Maßnahme entstanden sind und keine höheren Einnahmen als die angegebenen erzielt wurden und zu erwarten sind. Des Weiteren wird versichert, dass ein eventueller, nicht durch den Zuschuss gedeckter Anteil des Fehlbetrages aus Eigenmitteln finanziert wird. Der Antragsteller verpflichtet sich, den Zuschuss zweckentsprechend zu verwenden.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift u. Funktion)

Einzureichen an: Kreisjugendring Schwandorf, Krondorfer Str. 2, 92421 Schwandorf,
Tel. 09431/20336, Fax 2442 E-Mail: info@kjr-schwandorf.de

Folgende Unterlagen beilegen: Belege, Programm (oder Bericht mit Zeitangaben), Teilnehmerliste (siehe Rückseite dieses Antrags)
Rückgabetermin: möglichst innerhalb 6 Wochen nach Ende der Maßnahme, spätestens 31. 10. des Rechnungsjahres

Nicht vom Antragsteller auszufüllen!

Eingegangen beim KJR:

Auszahlungsempfehlung:

Vorgeschlagener Zuschuss nach Ziffer.....der Richtlinien

nach Tagessatzförderung : Euro nach Prozentförderung: Euro

(Gesamtzahl d. förderungsfäh. Personen:..... (das entspricht einem Prozentsatz von:.....%)
Zahl der Tage:.....)

Kein Zuschuss (kurze Begründung):

Schwandorf, den
(Unterschrift des KJR/Stempel)

Weitere Auszahlungsempfehlungen abgegeben am an
1. Gemeinde 2. Gemeinde

Teilnehmerliste

Betreuer/innen bzw. Referentinnen/Referenten bitte hervorheben.

Zuname, Vorname	Alter	(PLZ) Wohnort	Anwesen- heitstage	Unterschrift (eigenhändig)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				

Bei Bedarf weitere Teilnehmerliste beifügen.

Mit Ausnahme der Referentinnen/Referenten bzw. Betreuer/innen werden nur Teilnehmer mit Wohnsitz im Landkreis Schwandorf gefördert.