



ZUSCHUSSANTRAG

für Maßnahmen der Jugendarbeit gemäß den „Richtlinien über die Gewährung von Zuschüssen für örtliche Jugendarbeit in der Stadt Teublitz“

Antragsteller:

.....
(Jugendgruppe/Verein)

Name: **Vorname:**

Anschrift: **Tel. Nr.:**
(Str., Nr., Postleitzahl, Ort)

Mobil –Tel. Nr.: **E-Mail:**

Der Zuschuss soll überwiesen werden auf 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, sonstige 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 09431/2442, 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.