

AZ.:

Träger der Maßnahme <b>Mütterzentrum Soziales Netzwerk gGmbH</b>			
Antragsteller (Name, Vorname) <b>Heese, Lisa</b>			
Anschrift <b>Wilhelmstraße 41, 59269 Beckum</b>			
E-Mail-Adresse: <b>heese@muetterzentrum-beckum.de</b>		Tel.-Nr.: <b>02521-824490100</b>	Datum: <b>23.04.2019</b>
Kreis Warendorf Der Landrat Amt für Kinder, Jugendliche und Familien Waldenburger Str. 2 48231 Warendorf		<b>Antrag auf Förderung einer Maßnahme im Kontext Schule und Jugendhilfe</b>	
Bankver- bindung des Antrag- stellers	IBAN <b>S.U.</b>	Geldinstitut <b>S.U.</b>	BIC
	verfügungsberechtigt ist (Name)		
Thema / Bezeich- nung der Maßnahme	<b>Konzept Jugendhilfe an Schule, Schuljahr 19/20 (Umfang 20 Wochenstunden)</b>		
Ort / Zeit- raum	Veranstaltungsort <b>Gymn. Laurentium, Mariengymn.</b>	Zeitraum (Datum) von <b>01.08.2019</b>	(Datum) bis <b>31.07.2020</b>
Teilnehmer- zahl	<b>Gesamt</b> _____ ← Teilnehmer/innen		
	_____ ← Einzelne Klasse		
	_____ ← Jahrgangstufe / Anzahl Klassen		
	_____ Sonstige Zusammensetzung:		
	_____ ▶ SchülerInnen, Eltern, Lehrpersonal der Schulen		
Zusätzliche Unterlagen	<input checked="" type="checkbox"/> Projektskizze <input checked="" type="checkbox"/> Vorläufiger Kosten- u. Finanzierungsplan Vorschusszahlung (ab 250,00 €) auf den zu erwartenden Zuschuss erwünscht: <input type="checkbox"/>		
Erklärung	Der Kinder- und Jugendförderplan des Kreises Warendorf wird von mir anerkannt und bei der Planung und Durchführung der Maßnahme beachtet. Änderungen des Antrages werden unverzüglich mitgeteilt. Ich verpflichte mich, den bewilligten Zuschuss für die Maßnahme zweckentsprechend zu verwenden und nach Beendigung der Maßnahme den vorgeschriebenen Verwendungsnachweis vorzulegen. Ich bestätige hiermit die Richtigkeit der Angaben. Eine Förderung nach dem Kinder- und Jugendförderplan des Kreises Warendorf setzt die Erhebung personenbezogener Daten voraus.		
rechtsver- bindliche Unterschrift	des Trägers der Maßnahme <span style="float: right;">Stempel</span> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  </div> <div style="text-align: center;">  </div> </div>		

<u>Finanzierungsplan</u>						Spalte nicht ausfüllen
<b>Einnahmen</b>			<b>Ausgaben</b>			
Teilnehmerbeiträge	€		Honorarkosten	€	28.080	€
Eigenmittel	€		Sachkosten	€		€
Stadt / Gemeinde	€	8.424	Fahrtkosten	€		€
Landes- / Bundesmittel	€		Sonstiges	€		€
Kreiszuschuss	€	19.656		€		€
Sonstige Einnahmen	€			€		€
<b>Gesamteinnahmen</b>	€	<b>28.080</b>	<b>Gesamtausgaben</b>	€	<b>28.080</b>	€
<p>Anerkannt werden alle mit der Maßnahme im direkten Zusammenhang stehenden anerkennungsfähigen Kosten.            In der Regel fördert der Kreis Warendorf 70% der Gesamtkosten.</p>						
<b>Durchführende Partner/Träger</b>						
Name	Mütterzentrum Soziales Netzwerk gGmbH					
Adresse	Konto: DE93 4166 0124 0150 0154 00, Volksbank Beckum-Lippstadt					
Telefon	s.o.					
Ansprechpartner	s.o.					
<b>Bearbeitungsvermerk der Verwaltung (nicht vom Antragsteller auszufüllen)</b>						
						Vdr. 97a