

Stadtverwaltung Erfurt  
 Amt für Soziales und Gesundheit  
 Juri-Gagarin-Ring 150  
 99084 Erfurt

Haushalts-Jahr

**Wird von der Behörde ausgefüllt!**

Reg.-Nr.

**Antrag auf Förderung nach den Förderrichtlinien der Landeshauptstadt Erfurt zur Erfüllung sozialer Aufgaben - FRL Soziales EF -**

**Betreff**  
**Förderrichtlinie B 4 - Förderung von sozialer Stadtteil- und Integrationsarbeit**

<b>Projekt / Maßnahme</b>									
<b>Antragsteller</b> Träger									
Anschrift									
Telefon	Fax								
Rechtsform									
Dach-/Spitzenverband									
Ist die Gemeinnützigkeit anerkannt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein									
<b>Vertretungsberechtigte Personen des Trägers:</b>  <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%; height: 20px;">Name, Vorname</td> <td style="width: 60%; height: 20px;">Stellung beim Träger</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;">Name, Vorname</td> <td style="height: 20px;">Stellung beim Träger</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> </tr> </table>	Name, Vorname	Stellung beim Träger			Name, Vorname	Stellung beim Träger			<b>Nicht vom Antragsteller auszufüllen!</b>  Nachweis vorhanden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Nachweis vorhanden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name, Vorname	Stellung beim Träger								
Name, Vorname	Stellung beim Träger								
<b>Antragsfrist</b> <b>mindestens 6 Wochen vor Beginn der Projekte</b>	Fristwahrung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein								

<b>Bankverbindung</b>		
Konto-Nr.	Kreditinstitut	Bankleitzahl
Name des Kontoinhabers (Wohnanschrift - Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)		

**Geplante Durchführung der Maßnahme:**

am (Datum der Veranstaltung)

Veranstaltungsort

**Kurzbeschreibung der Maßnahme mit Angabe der voraussichtlichen Teilnehmer:****Kosten- und Finanzierungsplan**

Kosten	Betrag EUR	Finanzierung	Betrag EUR
Honorare		Eigenmittel	
Verpflegungskosten		Kostenbeiträge	
sonstige Sachkosten (Untersetzung erforderlich)		Landes- und Bundesmittel	
		<b>Zuschuss Fördermittel Amt für Soziales und Gesundheit</b>	
		Zuschüsse anderer Ämter der Stadtverwaltung	
		Amt	
		Amt	
<b>Gesamt</b>			

**Erklärung des Antragstellers**

Der Antragsteller erklärt, dass

- alle Angaben wahrheitsgetreu und vollständig erfolgten, insbesondere dass alle mit dem Verwendungszweck verbundenen Einnahmen angegeben wurden.
- die Mittelverwendung nach den Prinzipien der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgt.
- die gültigen Förderrichtlinien einschließlich der Allgemeinen Nebenbestimmungen
  - bekannt sind
  - nicht bekannt sind. (Bitte entsprechende Unterlagen zusenden)

 rechtsverbindliche Unterschrift  
 (Name bitte zusätzlich in Druckbuchstaben)

Ort, Datum