

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

§ 16 e SGB II

§ 16 d SGB II für das Jahr

Haushaltsjahr	Registrier-Nr.
---------------	----------------

Projektbezeichnung

Name des Arbeitgebers

Förderzeitraum von: _____ bis: _____	Aktenzeichen
---	--------------

Antragsteller
Träger

Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)

E-Mail-Adresse	Telefon-Nr.	Fax-Nr.
----------------	-------------	---------

Rechtsform

Dach-/Spitzenverband

Ist die Gemeinnützigkeit anerkannt? <input type="checkbox"/> Ja. <input type="checkbox"/> Nein.	Seit wann besteht die Gemeinnützigkeit?
--	---

Besteht mit dem Amt für Soziales und Gesundheit eine Leistungsvereinbarung?
 Nein. Ja, seit _____

Vertretungsberechtigte Personen des Trägers	Wird vom Amt für Soziales und Gesundheit ausgefüllt!
	Ist der Nachweis vorhanden? <input type="checkbox"/> Ja. <input type="checkbox"/> Nein.
	Ist der Nachweis vorhanden? <input type="checkbox"/> Ja. <input type="checkbox"/> Nein.
	Wurde die Frist gewahrt? <input type="checkbox"/> Ja. <input type="checkbox"/> Nein.
Name, Vorname _____	Stellung beim Träger _____
Name, Vorname _____	Stellung beim Träger _____
Antragsfrist 31. März des laufenden Jahres	

Bankverbindung

Kreditinstitut

Konto-Nr.

Bankleitzahl

Kontoinhaber

Name, Vorname

Wohnanschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)

Kurzbeschreibung der Maßnahme**Gesamtpersonalkosten**

monatliches Brutto-Arbeitsentgelt:	EUR
monatliche Arbeitgeber-Beitragsanteile	
- Krankenversicherung	EUR
- Pflegeversicherung	EUR
- Rentenversicherung	EUR
- Berufsgenossenschaft	EUR
- Verbandsumlage	EUR
-	EUR
Arbeitgeber-Beitragsanteil Summe	EUR
Förderung ARGE nach Bescheid vom	EUR
Förderung GfAW nach Bescheid vom	EUR

Erklärung des Antragstellers

Der Antragsteller erklärt, dass

- alle Angaben wahrheitsgetreu und vollständig erfolgten, insbesondere dass alle mit dem Zuwendungszweck 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. (Senden Sie mir bitte entsprechende Unterlagen zu.)

Rechtsverbindliche Unterschrift

Ort, Datum

Wird vom Amt für Soziales und Gesundheit ausgefüllt!

- Bewilligung der Maßnahme (wenn vorhanden)

- Tätigkeitsbeschreibung (bei Erstantrag)

- Statut/Satzung

- Gemeinnützigkeitsbescheinigung

Ist der Nachweis vorhanden?

 Ja. Nein. Ja. Nein. Ja. Nein. Ja. Nein.