|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Angebot** |  | | | | | | | | Datum | | | Nr. |
| **Angaben zum Angebotsträger** | Einrichtung | |  | | | | Ansprechperson | | |  | | |
| Straße | |  | | | | PLZ Ort | |  | | | |
| Telefon | |  | | | | e-mail | |  | | | |
| Bank | |  | | | | BIC | |  | | | |
| IBAN | |  | | | | Verwendungs-zweck | |  | | | |
| **Zeitraum** *Konkretes Datum* | Beginn | | | |  | | Ende | |  | | | |
| **Art der Einrichtung** | Familienzentrum | | | | |  | Familienbildungsstätte | | | | |  |
| Träger von Ang. der Frühen Hilfen | | | | |  | Kindertageseinrichtung | | | | |  |
| Verein | | | | |  | Gemeinde/Amt | | | | |  |
| Freie Träger der Jugendhilfe | | | | |  | Sonstiges | | | | |  |
| *Bitte benennen* | | | | | |  | | | | | |
| **Voraussetzungen**  *(müssen angekreuzt und erfüllt werden***)** | Das Angebot erfolgt in Ergänzung zu den bestehenden Regelleistungen. | | | | | | | | | | |  |
| Für dieses Angebot ist keine anderweitige Förderung von Bund, Land und Kommune vorhanden. | | | | | | | | | | |  |
| Das Angebot hat nichtbereits in diesem Umfang bestanden. | | | | | | | | | | |  |
| Das Angebot ist mit den für Integration zuständigen Stellen abgestimmt. | | | | | | | | | | |  |
| Es erfolgt umgehend eine Meldung, wenn das Angebot nicht/nicht in dem geplanten Umfang genutzt wird. | | | | | | | | | | |  |
| **Zielgruppen und Art der Maßnahme** |  | | | Schwangere | | Kinder bis 3 Jahre | Kinder 3-6 Jahre | Kinder 6-12 Jahre | | Jugend-liche 12-18 Jahre | Familien mit Kindern bis zu 3 J. | Familien mit älteren KuJ |
| Niedrigschwellige frühpädagogisches Angebot | | |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Sprachförderung Kinder | | |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Psychosoziale Unterstützung Kinder und Jugendliche | | |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Angebote der Begegnung und des Austausches von Familien | | |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Angebote zur Unterstützung beim Zugang zu den Regelsystemen der Bildung und Betreuung und zum Gesundheitswesen | | |  | |  |  |  | |  |  |  |
| **Standort** *Wo findet das Angebot statt?* |  | | | | | | | | | | | |
| **Kurzbeschreibung der Maßnahme** *Was soll wann wie erfolgen?* | |  | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Personalkosten** | | | | | | |
|  | Stundenumfang *(wahlweise angeben)* | | Qualifikation | | Eingruppierung/ Stundensatz | Summe |
| Wochenarbeitszeit | Stunden insgesamt |
| 1 |  |  |  | |  | € |
| 2 |  |  |  | |  | € |
| 3 |  |  |  | |  | € |
| 4 |  |  |  | |  | € |
| **Zwischensumme** | | | | | | € |
| **Sachkosten** | | | | | | |
|  | | | | € | |  |
|  | | | | € | |
|  | | | | € | |
|  | | | | € | |
| **Zwischensumme** | | | | | | € |
| **Gesamtkosten** | | | | | | **€** |

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass nachfolgende Hinweise gelesen, verstanden und akzeptiert werden:

Ich bestätige, dass die beantragte Leistung ausschließlich für die dargestellten Maßnahmen verwendet wird.   
 Die Leistung wird nicht für Einnahmeausfälle oder Betriebskostendefizite verwendet.   
 Für das Angebot habe ich keine SQKM Förderung erhalten.

Ich bestätige, dass die Ausgaben notwendig sind und die Mittel wirtschaftlich und sparsam verwendet werden.

Ich bestätige, dass ich für die Maßnahmen keine weiteren Landes-, Bundes- oder sonstige Förderungen erhalte.

Ich versichere, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben vollständig und richtig sind.

*Datenschutzerklärung*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift