

Zutreffendes bitte ankreuzen  bzw. ausfüllen!

Absender

Landratsamt Zwickau  
Sozialamt  
Postfach 10 01 76  
08067 Zwickau

# FRL Soziale Angebote

## - Förderung der Selbsthilfegruppen - Verwendungsnachweis

von Zuwendungen für die Unterstützung von Angeboten im  
Rahmen des SGB XII und weiterer sozialer Angebote

nach Förderrichtlinie  für das Jahr   
Zuwendungsbescheid vom:  Aktenzeichen:

### 1. Angaben zur Selbsthilfegruppe

Name der Selbsthilfegruppe   
PLZ, Ort, Straße, Hausnummer   
Telefonnummer  Faxnummer  EMail

### 2. Angaben zum Zuwendungsempfänger der Selbsthilfegruppe

Hauptansprechpartner der Selbsthilfegruppe

Vorname  Nachname   
Position beim Antragsteller   
PLZ, Ort, Straße, Hausnummer   
Telefonnummer\*  Faxnummer\*  EMail\*

Weitere Vertreter/-innen des Zuwendungsempfängers bitte unter Beachtung der selbigen Angaben in der entsprechenden Reihenfolge als Anlage beifügen.

\* Freiwilligkeitsangaben (alle sonstigen Angaben sind für die Bearbeitung des Antrages zwingend erforderlich)

Verwendungsnachweis Selbsthilfegruppen  
Stand 09/2015



### 3. Einnahmen

Art der Einnahmen		Abrechnungsjahr anerkannter Finanzplan	Abrechnungsjahr Ist
<b>Fördersumme beim Landkreis Zwickau</b>			
Drittmittel	Stiftungsmittel		
	Zuwendungen der Krankenkassen - bitte benennen		
	Zuwendungen der Rentenversicherungsträger - bitte benennen		
	Zuwendungen anderer Landkreise/Städte/Gemeinden (außer Landkreis Zwickau) - bitte benennen		
<b>Summe der Drittmittel</b>			
Eigenmittel	Teilnehmergebühren/Kostenbeteiligungen		
	sonstige Einnahmen (z.B. Spenden) - bitte benennen		
Summe der Eigenmittel			
<b>Summe der Einnahmen</b>			

### 4. Förderfähige Ausgaben (A)

Art der Ausgaben		Abrechnungsjahr anerkannter Finanzplan	Abrechnungsjahr Ist
<b>Honorarkosten für Referenten</b>			
Raumkosten	Grundmieten		
	Betriebskosten		
<b>Summe Raumkosten</b>			
Verwaltungssachkosten	Bürobedarf und Kopierkosten		
	Fachbücher, -zeitschriften		
	Telekommunikationsgebühren		
	Porto		
	Öffentlichkeitsarbeit		
<b>Summe Verwaltungssachkosten</b>			
Spezielle fachspezifische Sachkosten	Behindertenbedingter Mehraufwand		
<b>Summe spez. fachspezifische Sachkosten</b>			
Reise- und Weiterbildungskosten	fachspezifische Fahrt-, Reisekosten		
	fachspezifische Weiterbildungskosten		
<b>Summe Reise- und Weiterbildungskosten</b>			
<b>Summe A</b>			

## 5. nicht förderfähige Ausgaben des Zuwendungsempfängers (B)

Sachkosten (z.B. Ausflüge, Geschenke und Präsente) - bitte benennen	Abrechnungsjahr anerkannter Finanzplan	Abrechnungsjahr Ist
<b>Summe B</b>		

## 6. Erklärung

Der Zuwendungsempfänger erklärt, dass:

- die oben genannten Zahlen mit den Belegen übereinstimmen
- die Angaben in den Belegen sachlich und rechnerisch richtig sind
- die Ausgaben notwendig waren
- nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit verfahren wurde

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Name des/der Unterzeichnenden in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_ rechtsverbindliche Unterschrift

