

**Antrag auf Förderung nach § 31 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI für das Jahr 200\_**

1. Zuwendungsempfänger	
Adresse des Trägers	
Adresse der zu fördernden Einrichtung	
Ansprechpartner	
Telefon	
Telefax	
E-Mail	

2. Mitglied im Wohlfahrtsverband

3. Bankverbindung	
Kontoinhaber	
Kontonummer	
BLZ	
Kreditinstitut	

4. Beantragte Summe	
_____	<b>EURO</b>
für	
<input type="checkbox"/> Selbsthilfe/Ehrenamtliche Hilfe	
<input type="checkbox"/> Professionelle Hilfe	

<p><b>Von der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland auszufüllen:</b></p> <p>Eingang am:                      Az.:                      fristgemäß:  <input type="checkbox"/> ja      <input type="checkbox"/> nein</p> <p>offene Nachweise:  <input type="checkbox"/> ja      <input type="checkbox"/> nein</p> <p>antragsberechtigt:  <input type="checkbox"/> ja      <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Unterlagen vollständig:  <input type="checkbox"/> ja      <input type="checkbox"/> nein</p> <p>rechtsverbindl. Unterschrift:  <input type="checkbox"/> ja      <input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>formale Voraussetzungen liegen vor:</b>  <input type="checkbox"/> ja      <input type="checkbox"/> nein</p>
_____
1. Unterschrift/Datum
_____
2. Unterschrift/Datum



7. Haushaltsplan 200_	
7. 1. Einnahmen	
Zinsen	
Mitgliedsbeiträge	
Personalkosten	
Spenden	
Krankenkasse(n)	
Deutsche Rentenversicherung Bund	
Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland	
Bundesknappschaft	
Bundesland	
Kommune	
sonstige Einnahmen	
7. 2. Ausgaben	
Ausstattung	
Personalkosten	
Fortbildungskosten	
Mieten	
Betriebskosten	
Reisekosten	
Porto	
Telefon	
Bürobedarf	
Referentenkosten	
Angaben zum 31.12.200_ (Vorjahresabschluss)	
Vermögen, Rücklagen	
Kontostand	
Kassenstand	