|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Antragsteller (Name der Organisation, Anschrift)  Bitte ausfüllen.. | | | | Auskunft erteilt:  Bitte ausfüllen..  Rufnummer: Bitte ausfüllen..  E-Mail: Bitte ausfüllen.. | | |
| Landessportbund Nordrhein-Westfalen e. V.  Referat Breitensport  Frau Julia Engel  Friedrich-Alfred-Straße 25  47055 Duisburg | | | |
| Vereinskennziffer: Bitte ausfüllen.. | | |
|  | | | | | | |
| **Antrag auf Gewährung einer Förderung für das Jahr 2017 aus Mitteln der**  **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag des**  **Bundesministeriums für Gesundheit** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **1.** | **Förderposition:** | **ATP – AlltagsTrainingsProgramm für Senioren** | | | | |
|  | | | | | | |
| **2.** | **Maßnahme** | | | | | |
|  | Bezeichnung der Maßnahme: | | ATP – AlltagsTrainingsProgramm für Senioren - Kursdurchführung | | | |
|  | Bezeichnung des Förderzwecks: | | Anteilige Förderung der nicht refinanzierten Sachausgaben im Rahmen der Organisation und Durchführung der vorbezeichneten Maßnahme | | | |
|  | Beantragter Durchführungszeitraum:  (geplante Kursdauer inkl. Vor- und Nachbereitung) | | Bitte ausfüllen.. | | | |
|  | Name der Übungsleitung: | | Bitte ausfüllen.. | | | |
|  | Die Übungsleitung hat an folgender Einweisungsveranstaltung teilgenommen: | | Bitte ausfüllen.. | | | |
|  | | | | | | |
| **3.** | **Finanzierungsplan der Maßnahme** | | | | | |
|  |  | | | | **Euro** | **in Prozent** |
|  | Sachausgaben  (Honorare sind den Sachausgaben zuzurechnen) | | | | Bitte ausfüllen.. |  |
| + | Personalausgaben  (Sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse inkl. geringfügiger Beschäftigungsverhältnisse) | | | |  |  |
| = | Zwischensumme | | | | Bitte ausfüllen.. |  |
| - | finanzielle Beiträge von Teilnehmerinnen und Teilnehmern | | | |  |  |
| - | Leistungen Dritter ohne öffentliche Förderung  (z. B. zweckgebundene Spenden, Förderung des Bundesverbandes, etc.) | | | | Bitte ausfüllen.. |  |
| = | förderfähige Gesamtausgaben | | | | Bitte ausfüllen.. |  |
| - | Eigenanteil des Antragsstellers | | | | Bitte ausfüllen.. |  |
| - | beantragte öffentliche Förderung ohne die beantragte Landesförderung  (z. B. kommunale Förderung, Förderung des Landes, Bundes oder der EU) | | | | Bitte ausfüllen.. |  |
| = | beantragte Förderung aus Mitteln der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung | | | | Bitte ausfüllen.. |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.** | **Begründung des Antrages:** (sofern erforderlich, bitte weitere Ausführungen als Anlage beifügen) | | | | | | |
|  | ATP – AlltagsTrainingsProgramm für Senioren - Kursdurchführung | | | Bitte ausfüllen.. | | | |
|  | | | | | | | |
| **5.** | **Rechtsverbindliche Erklärung:** | | | | | | |
|  | Der Antragssteller erklärt, dass | | | | | | |
|  | die Angaben im Antrag vollständig und richtig sind. | | | | | |
|  | er im Rahmen der Kursdurchführung keine Teilnehmergebühren erheben wird. | | | | | |
|  | er über eine gesonderte Geschäfts- und Buchführung verfügt. | | | | | |
|  | er die Mittel wirtschaftlich und sparsam verwenden sowie die Auflagen und Bedingungen der Förderzusage einhalten wird. | | | | | |
|  | er für diese Maßnahme zum Vorsteuerabzug  berechtigt,  teilweise berechtigt oder  nicht berechtigt ist und dies bei der Beantragung berücksichtigt hat. | | | | | |
| Bitte ausfüllen.. | | |  | | |  |  |
| Ort, Datum | | |  | | | rechtsverbindliche Unterschrift | |
|  | | |  | | | Bitte ausfüllen.. | |
| - Antrag eingegangen am (Posteingangsstempel): - | | | | |  | Vor- und Zuname sowie Funktion (in Druckbuchstaben) | |