



Bayerisches Staatsministerium für
Gesundheit und Pflege
Referat 43
Haidenauplatz 1
81667 München

**Antrag auf Bewilligung einer staatlichen Zuwendung nach der
Förderrichtlinie Pflege (WoLeRaF) für Einzelprojekte zur Verbesserung der
Rahmenbedingungen in der Pflege**

in Höhe von _____ €

für die Maßnahme

Maßnahmebezeichnung:
geplanter Durchführungszeitraum: Beginn: _____ Ende: _____

- Mit der Maßnahme wurde noch nicht begonnen.
 Mit der Maßnahme wurde am _____ begonnen.

Hinweis: Zuwendungen dürfen nur für Maßnahmen gewährt werden, mit denen noch nicht begonnen wurde. Der Abschluss von Verträgen zur Vorbereitung der Maßnahme ist grundsätzlich bereits als Beginn der Maßnahme zu werten. Im Einzelfall kann auf Antrag eine Zustimmung zum vorzeitigen Maßnahmebeginn erteilt werden.

Die beantragten Ausgaben und deren Finanzierung sind nach Kalenderjahren zu gliedern.

Anlage:

- Ausführliche Beschreibung der Maßnahme (**Projektskizze**)

Ihre Angaben sind erforderlich, um den Antrag zu bearbeiten. Sie sind freiwillig. Wenn Sie die Angaben nicht machen, kann aber ggf. die Zuwendung nicht gewährt werden. Alle unsere Mitarbeiter sind zur Wahrung des Datenschutzes verpflichtet.

A. Antragsteller

Antragsteller	
Anschrift	
Telefon	Telefax
Wenn Sie einverstanden sind, dass wir uns bei Rückfragen per E-Mail an Sie wenden, dann geben Sie bitte Ihre E-Mail-Adresse an:	
vertretungsberechtigte Person(en)	
1. _____	<input type="checkbox"/> einzeln vertretungsberechtigt
2. _____	<input type="checkbox"/> zusammen vertretungsberechtigt
Ansprechpartner für diesen Antrag	
Rechtsform des Antragstellers	
Zugehörigkeit zu einem Spitzenverband	
Vorsteuerabzugsberechtigung nach § 15 UStG	
<input type="checkbox"/> besteht nicht <input type="checkbox"/> besteht allgemein <input type="checkbox"/> besteht für dieses Projekt	
Eventuelle Vorsteuerabzugsbeträge sind im Kosten- und im Finanzierungsplan gesondert auszuweisen und bei der Ermittlung der zuwendungsfähigen Ausgaben abzusetzen.	

B. Bankverbindung

IBAN	Geldinstitut	BIC
Kontoinhaber		

C. Finanzierung

Wurde für die Maßnahme bei anderen Stellen eine Zuwendung beantragt?
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, in Höhe von _____ € bei _____
Sollen aus der Zuwendung Geldbeträge an Dritte als Zuwendung weitergeleitet werden? (Hinweis: Bei der Bezahlung von Rechnungen an Dritte, z. B. aus Kauf- oder Dienstverträgen, handelt es sich nicht um eine Weiterleitung in diesem Sinne.)
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, in Höhe von _____ € an _____
Erläuterung: _____
Wird der Antragsteller überwiegend aus öffentlichen Zuwendungen finanziert?
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

D. Ausgaben**Kalenderjahr** _____

Ausgaben	Betrag in €	Erläuterungen
a. Personalausgaben (siehe Blatt E)		
b. Sachausgaben		
Summe b.		
<i>Gesamtausgaben</i>		

D. Ausgaben

Kalenderjahr _____

Ausgaben	Betrag in €	Erläuterungen
a. Personalausgaben (siehe Rückseite)		
b. Sachausgaben		
Summe b.		
<i>Gesamtausgaben</i>		

D. Ausgaben

Kalenderjahr _____

Ausgaben	Betrag in €	Erläuterungen
a. Personalausgaben (siehe Rückseite)		
b. Sachausgaben		
Summe b.		
<i>Gesamtausgaben</i>		

E. Aufgliederung der Personalausgaben

Lfd. Nr.	Vor- und Zuname der Mitarbeiter	Funktion und Berufsbezeichnung	Beschäftigungsverhältnis (haupt-/nebenberuflich)	Beschäftigungszeitraum	Ausgaben in €	Erläuterungen (z. B. Entgeltgruppe, Stundenhonorar)
Gesamtpersonalausgaben:						
Wendet der Antragsteller einen Tarifvertrag an? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, welchen? _____						

F. Deckungsmittel **Kalenderjahr** _____

€

- | | |
|--|-------|
| 1. Eigenmittel des Antragstellers
(Mitgliedsbeiträge, nicht-zweckgebundene Spenden
usw.) | _____ |
| 2. Einnahmen aus Kostenbeiträgen
(von Teilnehmern an der Maßnahme) | _____ |
| 3. Zuwendungen von kommunalen Gebietskörper-
schaften | _____ |
| _____ | _____ |
| 4. Sonstige öffentliche Mittel | _____ |
| _____ | _____ |
| 5. Sonstige Mittel (einschließlich zweckgebundene
Spenden) | _____ |
| _____ | _____ |
| 6. Beantragte Zuwendung des LfP aus Mitteln des
Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und
Pflege | _____ |
| Gesamt: | _____ |

Bemerkungen:

--

F. Deckungsmittel **Kalenderjahr** _____

€

- | | |
|--|-------|
| 1. Eigenmittel des Antragstellers
(Mitgliedsbeiträge, nicht-zweckgebundene Spenden
usw.) | _____ |
| 2. Einnahmen aus Kostenbeiträgen
(von Teilnehmern an der Maßnahme) | _____ |
| 3. Zuwendungen von kommunalen Gebietskörper-
schaften | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| 4. Sonstige öffentliche Mittel | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| 5. Sonstige Mittel (einschließlich zweckgebundene
Spenden) | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| 6. Beantragte Zuwendung des LfP aus Mitteln des
Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und
Pflege | _____ |
| Gesamt: | _____ |

Bemerkungen:

F. Deckungsmittel **Kalenderjahr** _____

€

- | | | |
|---|--|-------|
| <p>1. Eigenmittel des Antragstellers
(Mitgliedsbeiträge, nicht-zweckgebundene Spenden usw.)</p> | | _____ |
| <p>2. Einnahmen aus Kostenbeiträgen
(von Teilnehmern an der Maßnahme)</p> | | _____ |
| <p>3. Zuwendungen von kommunalen Gebietskörperschaften</p> | | _____ |
| <p>_____</p> | | _____ |
| <p>4. Sonstige öffentliche Mittel</p> | | _____ |
| <p>_____</p> | | _____ |
| <p>5. Sonstige Mittel (einschließlich zweckgebundene Spenden)</p> | | _____ |
| <p>_____</p> | | _____ |
| <p>6. Beantragte Zuwendung des LfP aus Mitteln des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege</p> | | _____ |
| <p>Gesamt:</p> | | _____ |

G. Erklärungen

1. Der Finanzierungsplan wurde nach den Grundsätzen einer sparsamen und wirtschaftlichen Haushaltsführung aufgestellt. Es wurden alle Finanzierungsbestandteile der Maßnahme aufgeführt. Die Gesamtfinanzierung der Maßnahme ist nach dem Finanzierungsplan gesichert.
2. Eine ordnungsgemäße Geschäftsführung ist gesichert. Die bestimmungsgemäße Verwendung der Mittel wird nachgewiesen werden können.
3. Mit der Durchführung der Maßnahme wurde noch nicht begonnen und wird vor Erlass des Zuwendungsbescheides auch nicht begonnen.

Ort	Datum	Unterschrift
-----	-------	--------------