



Antragsformblatt Projektförderung  
Bayerischer Demenzfonds Version 01/2020

**Bayerisches Landesamt für Pflege**  
Referat 32  
Köferinger Straße 1  
92224 Amberg

**Antrag auf Gewährung einer Projektförderung aus dem Bayerischen Demenzfonds  
(Antragsphase II) gemäß der Förderrichtlinie Demenz und Teilhabe – DEMTeil**

**Wichtige Hinweise**

Liebe Antragstellerin, lieber Antragsteller,

das Expertengremium hat Ihr Projektvorhaben zur Förderung empfohlen.  
Wir bitten Sie nun um einige weitere Angaben, damit die Bewilligungsbehörde abschließend die Höhe der Förderung prüfen kann. Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus und senden Sie es

**bis spätestens** \_\_\_\_\_ **an:**

**Bayerisches Landesamt für Pflege**

Referat 32  
– Geschäftsstelle des Bayerischen Demenzfonds –  
Köferinger Straße 1  
92224 Amberg

Bei Rückfragen können Sie sich gerne an die Geschäftsstelle des Bayerischen Demenzfonds wenden:

Tel.: 09621-9669 2666  
E-Mail: [demenzfonds@lfp.bayern.de](mailto:demenzfonds@lfp.bayern.de)

**Diesem Formular sind beizufügen:**

- DAWI- oder De-minimis-Erklärung
- Erklärung über subventionserhebliche Tatsachen
- falls zutreffend, Vereinssatzung oder Gesellschaftsvertrag und Auszug aus dem Vereins- oder Handelsregister
- Freistellungsbescheid, soweit steuerbegünstigte Zwecke verfolgt werden
- ausführlicher Finanzierungsplan
- Lebenslauf, Qualifikationszeugnis und Tätigkeitsbeschreibung des geplanten Personals



## Antragsformular

### 1. Projekt

\_\_\_\_\_

Titel

\_\_\_\_\_

Projektnummer

### 2. Antragstellerin / Antragsteller

\_\_\_\_\_

Name der Antragstellerin bzw. des Antragstellers, Institution/Träger *(wird von der Geschäftsstelle ausgefüllt)*

#### **Bei Institutionen / Träger: Vertretungsberechtigte Person(en)**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Einzelvertretungsberechtigt

Gesamtvertretungsberechtigt

#### **Die Antragstellerin bzw. der Antragsteller verfolgt steuerbegünstigte Zwecke (§§ 51 bis 68 AO)**

Nein

Ja, der Freistellungsbescheid des zuständigen Finanzamtes liegt bei.

#### **Die Antragstellerin bzw. der Antragsteller handelt im Rahmen einer gewerblichen oder freiberuflichen Haupttätigkeit**

Nein

Ja

#### **Vorsteuerabzugsberechtigung nach § 15 UStG**

Besteht nicht

Besteht allgemein

Besteht für dieses Projekt

Eventuelle Vorsteuerabzugsbeträge sind im Finanzierungsplan gesondert auszuweisen und bei der Ermittlung der zuwendungsfähigen Ausgaben abzusetzen.



**Die Maßnahme wurde mit EU-Mitteln gefördert**

- Ja, im Jahr \_\_\_\_\_ (Förderbescheide beifügen)
- Nein

**Die Maßnahme wurde mit Bundesmitteln gefördert**

- Ja, im Jahr \_\_\_\_\_ (Förderbescheide beifügen)
- Nein

**Die Maßnahme wurde mit Landesmitteln gefördert**

- Ja, im Jahr \_\_\_\_\_ (Förderbescheide beifügen)
- Nein

**Die Maßnahme wurde mit kommunalen Mitteln gefördert**

- Ja, im Jahr \_\_\_\_\_ (Förderbescheide beifügen)
- Nein

**3. Bankverbindung**

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaberin bzw. Kontoinhaber

**Dabei handelt es sich um ein Geschäftskonto:**

- Ja
- Nein

**Erklärung zu den gemachten Angaben**

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben im Antrag und in den Anlagen.

Ich bin mir darüber im Klaren, dass ich einer Anzeigepflicht gegenüber dem Bayerischen Landesamt für Pflege unterworfen bin, wenn sich Änderungen bei den erteilten Angaben ergeben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Rechtsverbindliche Unterschrift der Antragstellerin bzw. des Antragstellers