



Bayerisches Landesamt für
Pflege

Antragsformblatt Projektförderung
Bayerischer Demenzfonds Version 01/2021

Bayerisches Landesamt für Pflege

Referat 32
Mildred-Scheel-Straße 4
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 am PC aus, speichern es als PDF, drucken es aus und senden es unterschrieben an:

Bayerisches Landesamt für Pflege

Referat 32
– Geschäftsstelle des Bayerischen Demenzfonds –
Mildred-Scheel-Straße 4
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

Diesem Formular sind beigefügt:

- De-minimis-Erklärung
- Erklärung über subventionserhebliche Tatsachen
- ggf. Satzung oder Gesellschaftsvertrag und Auszug aus dem Vereins- oder Handelsregister
- ggf. Freistellungsbescheid, soweit steuerbegünstigte Zwecke verfolgt werden
- ausführlicher Kosten- und Finanzierungsplan
- Lebenslauf und Tätigkeitsbeschreibung des geplanten Personals

Antragsformular

1. Projekt

Titel

Projekt-Nr.

2. Antragstellerin / Antragsteller

Name der Antragstellerin bzw. des Antragstellers

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

- Nein
- Ja, der Freistellungsbescheid 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 Kosten- und Finanzierungsplan gesondert auszuweisen und bleiben bei der Ermittlung der zuwendungsfähigen (Netto-)Ausgaben außer Betracht.

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 Mitteilungspflicht gegenüber dem Bayerischen Landesamt für Pflege unterworfen bin, wenn sich Änderungen bei den erteilten Angaben ergeben.

Ort, Datum

Vorname, Name des Vertretungsberechtigten
(in Druckbuchstaben)

Unterschrift