

Landkreis Oberhavel
 Fachbereich Soziales und Integration
 Adolf-Dechert-Straße 1
 16515 Oranienburg

Eingangsstempel

Verwendungsnachweis zur Förderung ambulanter sozialer Dienste im Landkreis Oberhavel

1. Zuwendungsempfänger

Name/Bezeichnung des Trägers	
Straße	Hausnummer
Postleitzahl	Ort
Name Ansprechpartner	
Funktion Ansprechpartner	
Telefonnummer Ansprechpartner	E-Mail Ansprechpartner

2. Gegenstand der Förderung

o Allgemeine soziale und gesundheitsfürsorgende Dienste - o Regelmäßiges Angebot - o Zielgruppenspezifische Veranstaltung o Alltagsunterstützendes Angebot - o Betreuungsverein - o Schuldnerberatungsstelle	
Bezeichnung der Maßnahme	
Zuwendungsbescheid vom	
Förderhöhe Landkreis Oberhavel	erhaltene Mittel

3. zahlenmäßiger Nachweis

3.1. Einnahmen

Art der Einnahme	laut Antrag		laut Abrechnung	
	in Euro	v. H.	in Euro	v. H.
Eigenanteil des Trägers				
Sonstige Leistungen Dritter (ohne öffentl. Förderung)*				
Mittel anderer Kommunen/ öffentlicher Institutionen*				
Zuwendung des Landkreises Oberhavel				
Summe				

3.2. Ausgaben

Art der Ausgabe	laut Antrag	laut Abrechnung	
		insgesamt in Euro	davon zuwendungs- fähig in Euro
Personalausgaben*			
Honorarkosten*			
Sachkosten*			
davon Miete*			
davon Mietnebenkosten*			
davon Büromaterial*			
davon Zeitschr./Fachliterat.*			
davon Telefon*			
davon Porto*			
davon Reisekosten*			
davon Versicherungen*			
davon Ausstattung*			
davon Öffentlichkeitsarbeit*			
davon weitere Ausgaben*			
Summe			

*Diese Werte entsprechen den Zahlen der Belegliste und werden dort weiter untersetzt.

3.3. Ergebnis

Art der Ausgabe	Soll - laut Antrag	Ist - laut Abrechnung
	in Euro	in Euro
Gesamtausgaben		
Gesamteinnahmen		
Ergebnis		

4. Kennzahlen

Zielgruppe	☐ Menschen mit einer Behinderung ☐ pflegebedürftige Personen ☐ Personen mit psychischer Erkrankung ☐ Senioren ☐ Betreuer nach dem Betreuungsgesetz ☐ Schuldner ☐ Angehörige von _____ ☐ Sonstige _____	
Art der Hilfe	☐ Einzelfallhilfe ☐ Gruppenangebot ☐ Sonstiges _____	
Standort	_____	
Erreichbarkeit	☐ Öffnungszeit _____ Wochenstunden ☐ Gruppenangebot _____ Wochenstunden ☐ Sonstiges _____	
Tatsächliche Personenanzahl	☐ beratene Personen _____ ☐ betreute Personen _____	
Personenzahl nach Wohnorten	_____ Birkenwerder _____ Fürstenberg/Havel _____ Glienicke/Nordbahn _____ Gransee und Gemeinden _____ Hennigsdorf _____ Hohen Neuendorf _____ Kremmen _____ Leegebruch	_____ Liebenwalde _____ Löwenberger Land _____ Mühlenbecker Land _____ Oberkrämer _____ Oranienburg _____ Velten _____ Zehdenick
Personal	_____ Ehrenamtliche _____ Mitarbeiter _____ VZE mit Qualifikation als _____ _____ VZE mit Qualifikation als _____ _____ VZE mit Qualifikation als _____ _____ VZE mit Qualifikation als _____ _____ VZE mit Qualifikation als _____ _____ VZE mit Qualifikation als _____ _____ VZE mit Qualifikation als _____	
Stundensatz (bei Alltagsunterstützenden Angeboten auszufüllen)	vom Betreuten werden _____ Euro/ Stunde bezahlt	
Besonderheiten des Angebots	_____ _____ _____	

5. Beigefügte Unterlagen

- ☐ Sachbericht
- ☐ Belegliste (Auflistung der Rechnungen)

6. Erklärung

In Kenntnis der strafrechtlichen Bedeutung unvollständiger oder falscher Angaben wird versichert, dass

1. alle Angaben, einschließlich Sachbericht und Belegliste, vollständig und korrekt sowie jederzeit anhand von Büchern und Belegen nachweisbar sind,
2. sämtliche Ausgaben notwendig waren und wirtschaftlich und sparsam verfahren wurde,
3. die nicht zuwendungsfähigen Beträge, Rückforderungen und Rückzahlungen abgesetzt wurden,
4. die Zuwendung ausschließlich zur Erfüllung des im Bewilligungsbescheid näher bezeichneten Zuwendungszwecks verwendet wurde und während des Bewilligungszeitraums angefallen sind und
5. sämtliche im Zuwendungsbescheid enthaltenen Nebenbestimmungen und Hinweise eingehalten wurden.

Dem Unterzeichner ist bekannt, dass die Zuwendung im Falle einer zweckwidrigen Verwendung der Rückforderung und Verzinsung unterliegt.

Ort, Datum

rechtsverbindliche Unterschrift (Stempel)

Unterschrift in Druckbuchstaben