

Landkreis Soltau-Fallingbostel
Frau Chiuariu/Frau Kling
Jugendhof Idingen
Idingen Nr. 4
29683 Bad Fallingbostel

A N T R A G

auf Gewährung einer Sonderzuwendung aus Jugenderholungspflegemitteln

Antragstellende Organisation (vom Maßnahmeträger auszufüllen)

Name: _____

Anschrift: _____

Maßnahme: _____
Ort Datum, von - bis

Bankverbindung: _____
Kontonummer Bankleitzahl Geldinstitut

Kosten der Maßnahme nach Abzug aller Zuschüsse
(Stadt, Gemeinde, Landkreis, sonstige Zuschüsse): _____ Euro (siehe auch Rückseite)

Von allen Teilnehmern wird der gleiche Teilnehmerbeitrag erhoben () ja () nein
Wenn nein, bitte kurze Erklärung (auf der Rückseite), nach welchen Kriterien diese Staffelung vor-
genommen wurde.

Datum, Unterschrift Stempel

Teilnehmer/in (von der/dem Erziehungsberechtigten auszufüllen)

Vor- und Nachname des Kindes Geburtsdatum

Anschrift: Straße und Hausnummer Wohnort

Datum, Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Bestätigung vom zuständigen Sozialamt (Bitte max. 2 Monate vor Maßnahmebeginn ausfüllen)

Der zumutbare Eigenanteil beträgt _____ EURO gemäß § 85 SGB XII.

Die Überprüfung der zumutbaren Eigenleistung erfolgte entsprechend dem Schreiben des Land-
kreises Soltau-Fallingbostel vom 31.05.2005, Az. 06.402.

Datum, Unterschrift Stempel

Zur Erläuterung für den Maßnahmeträger:

Eine Zuwendung kann anerkannten Jugendorganisationen gewährt werden, bei einer Maßnahmedauer von 10 bis 14 Tagen. An- und Abreisetage werden als ein Tag berechnet. Die max. Förderung je Maßnahmetag beträgt 27 €. Wird vom zuständigen Sozialamt ein Eigenanteil für den Teilnehmer/die Teilnehmerin errechnet, verringert sich die Zuwendung um diesen Betrag.