SAB

An die
Sächsische Aufbaubank – Förderbank –
Abteilung Bildung

01054 Dresden

Kunden-Nummer

Antragsnummer

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ oder ausfüllen.

Verwendungsnachweis
Sächsische Kommunalpauschalenverordnung

1. Zuwendungsempfänger

Landkreis | Kreisfreie Stadt

Ansprechpartner

Straße, Hausnummer

E-Mail-Adresse

PLZ Ort

Telefon

Fax

2. Maßnahme

Bezeichnung wie im Zuwendungsbescheid (Vorhabensbeschreibung)

Bewilligungszeitraum

Beginn (TT.MM.JJJJ)

Ende (TT.MM.JJJJ)

3. Zahlenmäßiger Nachweis

Ausgaben	Soll lt. Zuwendungs-bescheid (in €)	Ist lt. Abrechnung (in €)	Bemerkung
Förderbereiche			
Pflege			
☐ regionale Pflegebudgets			
☐ Pflegekoordinatoren			
Ehrenamt			
☐ Kommunales Ehrenamtsbudget			
☐ Selbsthilfegruppen			
☐ Bürgerbudget			

Formular ID: Prüfsumme:

	Soll lt. Zuwendungs-bescheid (in €)	Ist lt. Abrechnung (in €)	Bemerkung
Integration			
☐ Kommunale Integrationsarbeit			
☐ Stärkung der kommunalen Strukturen der Sprach- und Kulturmittlung			
☐ Angebote zur Flüchtlingssozialarbeit / Beratung freiwillige Ausreise			
Gesundheit und Versorgung			
☐ Maßnahmen der Gesundheitsämter zur Prävention von HIV-Infektionen, AIDS usw.			
☐ Regionalkoordinatorinnen/ Regionalkoordinatoren			
Psychiatrie und Suchthilfe			
☐ Sozialpsychiatrische Dienste, psychosoziale Kontakt-/Beratungsstellen			
☐ Suchtberatungs- und Suchtbehandlungs-stellen			
Maßnahmen zur Verbesserung der Teil-habe von Menschen mit Behinderung			
Summe der Ausgaben			

Hinweis:
Es besteht keine Deckungsfähigkeit zwischen den einzelnen Förderbereichen sowie zwischen den einzelnen Förder-gegenständen. Mittelverschiebungen gegenüber den im Zuwendungsbescheid aufgeführten Einzelausgaben sind ausgeschlossen.

4. Sachbericht

Ausführung zur zweckentsprechenden Verwendung der Zuwendung

Formular ID: Prüfsumme:

5. Erklärung des Zuwendungsempfängers

Ich/Wir bestätige(n) die Richtigkeit aller Angaben.

☐ **Ich/Wir bestätige(n), dass die Zuwendung zweckentsprechend innerhalb des Bewilligungszeitraumes verwendet wurde.**

☐ **Ich/Wir bestätige(n), dass sich der Landkreis/die kreisfreie Stadt im Bereich Jugend an der Finanzierung der Maßnahme in gleicher Höhe der Zuwendung beteiligt hat.**

☐ **Ich/Wir bestätige(n), dass bei Förderung eines sozialpsychiatrischen Dienstes im Bereich Psychiatrie und Suchthilfe, dieser unter Leitung einer Person steht, welche die Voraussetzungen nach § 6 Absatz 2 Satz 3 des Sächsischen Gesetzes über die Hilfen und die Unterbringung bei psychischen Krankheiten erfüllt oder für die eine Ausnahmegenehmigung nach § 6 Absatz 2 Satz 4 des Sächsischen Gesetzes über die Hilfen und die Unterbringung bei psychischen Krankheiten erteilt worden ist.**

Sofern im Zuwendungsbescheid festgelegt wurde, die Öffentlichkeit auf die Mitfinanzierung des Vorhabens durch den Freistaat Sachsen hinzuweisen, bestätige(n) ich/wir, dass die Bestimmungen hierzu beachtet und soweit notwendig auch umgesetzt wurden.

Oberbürgermeister, Bürgermeister oder Landrat bzw. Stellvertreter

Ort	**Unterschrift | Stempel**

Datum (TT.MM.JJJJ)

Sächsische Aufbaubank – Förderbank – Gerberstraße 5, 04105 Leipzig **Postanschrift:** 04022 Leipzig, **Telefon** 0341 70292-0, **Telefax** 0341 70292-4000
Geschäftsadresse Dresden: Pirnaische Straße 9, 01069 Dresden **Postanschrift:** 01054 Dresden, **Telefon** 0351 4910-0, **Telefax** 0351 4910-4000
SWIFT/BIC: SABDDE81XXX **Gläubiger-ID:** DE42ZZZ00000034715 **USt-ID:** DE179593934 **Internet:** www.sab.sachsen.de

Formular ID: Prüfsumme: