

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

**Jugend**

	Soll lt. Zuwendungs- bescheid (in €)	Ist lt. Abrechnung (in €)	Bemerkung
<b>Pflege</b>			
<input type="checkbox"/> regionale Pflegebudgets			
<input type="checkbox"/> Pflegekoordinatoren			
<b>Ehrenamt</b>			
<input type="checkbox"/> Kommunales Ehrenamtsbudget			
<input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppen			
<b>Jugend</b>			

	Soll lt. Zuwendungsbescheid (in €)	Ist lt. Abrechnung (in €)	Bemerkung
<b>Integration</b>			
<input type="checkbox"/> Kommunale Integrationsarbeit			
<input type="checkbox"/> Angebote zur Flüchtlingssozialarbeit			
<b>Gesundheit und Versorgung</b>			
<input type="checkbox"/> Maßnahmen der Gesundheitsämter zur Prävention von HIV-Infektionen, AIDS usw.			
<input type="checkbox"/> Psychosoziale Tumorberatungsstellen			
<b>Psychiatrie und Suchthilfe</b>			
<input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrische Dienste, psychosoziale Kontakt-/Beratungsstellen			
<input type="checkbox"/> Suchtberatungs- und Suchtbehandlungsstellen			
<b>Tierschutz/Tiergesundheitsschutz</b>			
<b>Summe der Ausgaben</b>			

**4. Sachbericht**

Ausführung zur zweckentsprechenden Verwendung der Zuwendung

**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.

Oberbürgermeister, Bürgermeister oder Landrat bzw. Stellvertreter

<b>Ort</b>
<b>Datum</b> (TT.MM.JJJJ)

<b>Unterschrift   Stempel</b>