Name des Veranstalters: Ort, Datum

Straße

Ort

###### Telefon

E-Mail

Bank, BIC

IBAN, Inhaber:in

Ansprechpartner:in:

Antrag an (bitte ankreuzen):

#####

[ ]  An das [ ]  An das

Stadtjugendamt Neuwied Kreisjugendamt Neuwied Kinder- und Jugendbüro Jugendarbeit/Jugendschutz

Heddesdorfer Str. 33-35 Wilhelm-Leuschner-Str. 9

bzw. Postfach 2060 56564 Neuwied

56564 Neuwied

**Hinweise:**

1. **Zuschüsse werden im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel von Stadt und Kreis Neuwied und gemäß der kommunalen Richtlinien der Kinder- und Jugendförderung gewährt.**
2. **Ein Rechtsanspruch auf Förderung besteht nicht.**
3. **Ein schriftlicher Bericht mit zeitlichem Ablauf und die Berichterstattung (Statistikbogen) ist Bestandteil des Antrages.**
4. **Teilnehmende und haupt-/ehrenamtliche Betreuende müssen die Liste etc. eigenhändig unterschreiben.**
5. **Die Anträge sollen spätestens zwei Monate nach Beendigung der Maßnahme dem Stadt-/Kreisjugendamt vorliegen.**

**Antrag auf Gewährung eines Zuschusses gemäß den Kommunalen Richtlinien der Kinder- und Jugendförderung in Stadt und Landkreis Neuwied**

**1. Art der Veranstaltung / Maßnahme (bitte ankreuzen)**

[ ]  Soziale Bildung und Freizeit (gem. Ziff. 1 Kommunale Richtlinien) ohne Übernachtung

[ ]  Soziale Bildung und Freizeit (gem. Ziff. 1 Kommunale Richtlinien) mit Übernachtung

[ ]  Aus- und Weiterbildung (gem. Ziff. 3 Kommunale Richtlinien)

 [ ]  Lehrgang ohne Übernachtung

 [ ]  Lehrgang mit Übernachtung

**2. Durchführung:**

##### Name der Maßnahme

##### Ort der Maßnahme

Datum (von - bis), Anzahl der Tage

**3. Teilnehmende:**

    Teilnehmende haben an der o.g. Maßnahme teilgenommen, hiervon waren     Teilnehmende mit Behinderung (mit Schwerbehindertenausweis). Entsprechende Nachweise liegen dem Veranstalter vor.

**4. Betreuende bzw. pädagogische Helfende:**

    Betreuende bzw. pädagogische Helfende haben die o.g. Maßnahme begleitet, davon waren     Betreuende hauptamtlich,     ehrenamtlich und     Betreuende nachweislich qualifiziert ehrenamtlich tätig (vgl. Förderungsvoraussetzungen der Richtlinien). Entsprechende Nachweise liegen dem Veranstalter vor.

**5. Rahmenvereinbarung gem. § 72a SGB VIII**

Der Beitritt zur Rahmenvereinbarung gemäß § 72a SGB VIII wurde durch

[ ]  den Antragssteller selbst,

[ ]  einen Spitzenverband, oder

[ ]  folgendem vom Antragssteller mandatierten Spitzenverband:

gegenüber

[ ]  dem Land Rheinland-Pfalz,

[ ]  dem Kreis Neuwied

[ ]  der Stadt Neuwied

erklärt. (Der Beitritt ist gemäß Kommunale Richtlinien Pflichtvoraussetzung für eine Förderung)

**6. Bestätigungsvermerke:**

Wir versichern die Richtigkeit der in diesem Antrag, nebst Anhang, gemachten

Angaben:

a) Verantwortliche Leitung:

           \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Ort, Datum Unterschrift

b) Bestätigung der Unterkunft:

           \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Ort, Datum Unterschrift

1. **Anlagen**

[ ]  a) Liste der haupt- und ehrenamtlichen Betreuenden sowie pädagogisch

 Helfenden.

## Nachweise über die Qualifikation der ehrenamtlich Betreuenden und pädagogisch Helfenden liegen dem Veranstalter vor.

[ ]  b) Teilnahmeliste mit Kennzeichnung der Teilnehmenden mit

## Behinderung, deren Nachweise dem Veranstalter vorliegen.

[ ]  c) Berichterstattung gemäß Anlage

**Hinweis:**

Anträge ohne vollständige Anlage können nicht bearbeitet werden.

Teilnahmelisten können bei weiterem Bedarf kopiert werden.

1. **a) Liste der ehrenamtlichen Betreuenden/ pädagogisch Helfenden**

(bitte Zutreffendes ankreuzen)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr.** | **Name, Vorname****PLZ, + Wohnort** | **Geb.-Datum** | **Juleica \*** | **sonstige** **Qualifi-kationen \*** | haupt-amtl. Betreuer \* | **Unterschrift** |
| **1.** |            |       |   [ ]  |   [ ]  |   [ ]  |  |
| **2.** |            |       |   [ ]  |   [ ]  |   [ ]  |  |
| **3.** |            |       |   [ ]  |   [ ]  |   [ ]  |  |
| **4.** |            |       |   [ ]  |   [ ]  |   [ ]  |  |
| **5.** |            |       |   [ ]  |   [ ]  |   [ ]  |  |
| **6.** |            |       |   [ ]  |   [ ]  |   [ ]  |  |
| **7.** |            |       |   [ ]  |   [ ]  |   [ ]  |  |
| **8.** |            |       |   [ ]  |   [ ]  |   [ ]  |  |
| **9.** |            |       |   [ ]  |   [ ]  |   [ ]  |  |
| **10.** |            |       |   [ ]  |   [ ]  |   [ ]  |  |

\* nachweislich qualifizierte Ehrenamtliche (bitte Entsprechendes ankreuzen); Nachweise liegen dem Veranstalter vor.

**8. b) Teilnahmeliste:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr.** | Name, Vorname**PLZ + Wohnort** | **Geb.-Datum** | **Alter** | **M** | **W** | **mit Schwer-behindertenausweis** | **Unterschrift** |
| **1.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
| **2.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
| **3.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
| **4.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
| **5.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
| **6.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
| **7.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
| **8.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
| **9.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
| **10.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
| **11.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
| **12.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
| **13.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
| **14.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
| **15.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
| **16.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
| **Nr.** | Name, Vorname**PLZ + Wohnort** | **Geb.-Datum** | **Alter** | **M** | **W** | **mit Schwer-behindertenausweis** |  |
|  **17.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
| **18.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
| **19.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
|  **20.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
| **21.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
| **22.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
| **23.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
|  **24.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
| **25.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
| **26.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
| **27.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
| **28.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
| **29.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
| **30.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
| **31.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
| **32.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
| **33.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
| **Nr.** | Name, Vorname**PLZ + Wohnort** | **Geb.-Datum** | **Alter** | **M** | **W** | **mit Schwer-behindertenausweis** |  |
|  **34.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
| **35.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
| **36.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
|  **37.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
| **38.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
| **39.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
| **40.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
|  **41.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
| **42.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
| **43.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
| **44.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
| **45.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
| **46.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
| **47.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
| **48.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
| **49.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |
| **50.** |            |       |  |  |  |   [ ]  |  |

**Anlage Berichterstattung (Statistikbogen)**

**1. Angaben zur Maßnahme**

Träger (in Kooperation mit)

Name der Maßnahme

Ort

Termin

Anzahl der Tage

Teilnahmegebühr in €

Sind bei einer anderen Stelle bereits Zuschüsse für diese Maßnahme beantragt worden?

 Nein [ ]  Ja [ ]  Welcher

**2. Teilnehmende** (ohne Betreuende)

Alter und Anzahl der gesamten Teilnehmenden:

 0 – 5 : Anzahl     13 – 15 : Anzahl

 6 – 9 : Anzahl     16 – 21 : Anzahl

10 – 12: Anzahl:     21 – 27 : Anzahl (mit Behinderung)

Von diesen:

Jungen gesamt     Mädchen gesamt

davon Jungen deutsch     davon Mädchen deutsch

davon mit Behinderung     davon mit Behinderung

davon Migranten     davon Migranten

aus Stadtgebiet Neuwied     aus Stadtgebiet Neuwied

aus Kreisgebiet Neuwied     aus Kreisgebiet Neuwied

sonstige     sonstige

**3. Leitungsteam:**

Anzahl der Betreuenden und Leitenden:

davon hauptamtlich männlich     weiblich

davon ehrenamtlich männlich     weiblich

davon Referent:innen männlich     weiblich

vom Leitungsteam sind:

Migranten     Migrantinnen

mit Behinderung     mit Behinderung

mit JULEICA     mit JULEICA

mit sonstigen Qualifikationen     mit sonstigen Qualifikationen

**4. Art des durchführenden Trägers** (Bitte nur einen Träger ankreuzen!)

Träger der öffentlichen Jugendhilfe oder Träger der freien Jugendhilfe

Kreisjugendamt oder Gemeinde mit Jugendinitiative, Jugendgruppe

eigenem Jugendamt (Örtlicher Träger) [ ]  Jugendverband, Jugendring [ ]

Landesjugendamt (Überörtlicher Träger) [ ]  Wohlfahrtsverband [ ]

Gemeinde/Gemeindeverband ohne [ ]  Kirche/Religionsgemeinschaft des

Jugendamt öffentlichen Rechts [ ]

Ministerium (Land) [ ]  Sonstiger Träger der freien Jugendhilfe [ ]