

**Antrag auf Beihilfe aus Finanzhilfemitteln
nach dem Niedersächsischen Gesetz zur Förderung der freien Wohlfahrtspflege**

Antragsteller

Name der Organisation

MO-Nr.

Anschrift

E-Mail

Ansprechpartner*in

Titel der Maßnahme

Antragssumme

Durchführungszeitraum

_____ von (frühestens ab Bewilligung)

_____ bis (spätestens 31.12. d. J.)

Kurzbeschreibung

Bankverbindung der Mitgliedsorganisation

IBAN

Kosten- und Finanzierungsplan

Bezeichnung der Ausgabe	Betrag
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Gesamtkosten	_____
Bezeichnung der Einnahme	Betrag
Beihilfe des Paritätischen	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Eigenmittel	_____
_____	_____
_____	_____
Gesamteinnahmen (müssen mit den Gesamtkosten übereinstimmen)	_____

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel

Bitte fügen Sie diesem Antrag Kostenvoranschläge/Angebote bei.