

**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.