|  |  |
| --- | --- |
| Landschaftsverband Westfalen-LippeLWL – Landesjugendamt WestfalenSachbereich 040148133 Münster | **Antrag auf Förderung von****Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen** **aus Mitteln des Landes NRW** **Zusatzförderung für Angebote für Familien mit Fluchterfahrung** |

**1. Antragsteller/Antragstellerin**

|  |  |
| --- | --- |
| **Aktenzeichen LWL** | 50-0401-      |
| **Name/Bezeichnung** |         |
| **Anschrift****(Straße, PLZ, Ort)** |         |
| **Auskunft erteilt (Name, Telefon, Telefax, E-Mail)** |          |
| **ggf. zuständiger** **Spitzenverband der freien Wohlfahrtspflege** |       |
| **Bankverbindung** | **IBAN:**       |
| **Kreditinstitut:**       |

**2. Beantragte Zuwendung**

Für das Haushaltsjahr **2024** wird eine Zuwendung für zusätzliche Angebote für Familien mit Fluchterfahrung beantragt.

**Für die Einrichtung:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name/Bezeichnung** |         |
| **Anschrift****(Straße, PLZ, Ort)** |         |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sachkosten** |        |
| **Beantragte Förderung insgesamt:**       |

**3. Erklärungen**

|  |
| --- |
| Der Antragsteller/die Antragstellerin erklärt, dass3.1 die in diesem Antrag gemachten Angaben vollständig und richtig sind.3.2 der Zuwendungsbetrag ausdrücklich für den Arbeitsbereich für Familien mit Fluchterfahrung verwendet wird.3.3 die Anbindung der zusätzlichen Angebote an ein bestehendes Team der Beratungsstelle erfolgt.3.4 die der Maßnahme zugrundeliegenden Belege für die Dauer von 5 Jahren in der Einrichtung/beim  Träger vorgehalten werden und der Bewilligungsbehörde auf Anforderung jederzeit Einblick in die  Bücher gewährt wird.3.5 er/sie mit diesen Einnahmen aus Zuwendungen des Landes Nordrhein-Westfalen keine Gewinne erzielen  wird. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|      ,       |  |  |
| **(Ort, Datum)** |  | **(Rechtsverbindliche Unterschrift)** |
|  |  |       |

 **(Name, Funktion)**