

Landesamt für Soziales und Versorgung
 Dezernat 52
 Lipezker Straße 45, Haus 5
 03048 Cottbus

Datum:

Antrag auf Gewährung einer Zuwendung aus Mitteln des Landes Brandenburg

Änderungsantrag

Pflege vor Ort
 Haushaltsjahr: 2022/2023

1. Antragsteller

Name	
Aktenzeichen	
Unterstützung bei der Planung der Maßnahmen durch (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/> Fachstelle Altern und Pflege im Quartier <input type="checkbox"/> Landkreis <input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/> keine Unterstützung

2. Änderungsantrag

„Pflege vor Ort“	Siehe Ziele-Maßnahmen-Tabelle	
Erhöhung der Gesamtausgaben (in €)		
Beantragte Erhöhung der Zuwendung um (in €)		
Erhöhung der Eigenmittel (in €):		
Erhöhung der Leistungen Dritter (in €):		
Weitere beantragte/bewilligte andere öffentl. Förderung (in €)		
Weiterleitung der Mittel an andere Projektträger	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mittel werden für eigenes Projekt verwendet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
wenn Mittel für ein eigenes Projekt:	2022	2023
eigene Personalkosten (in €):		
eigene Sachkosten (in €):		

.....
 (Ort, Datum)

.....
 (Unterschriften der nach den gesetzlichen Bestimmungen /
 Statuten des Antragstellers zur Vertretung berechtigten Personen)