

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: 2021/2022

#### 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	
<b>Erhöhung</b> der Gesamtausgaben (in €)		
<b>Beantragte Erhöhung der Zuwendung um</b> (in €)		
Erhöhung der Eigenmittel (in €):		
Erhöhung der Leistungen Dritter (in €):		
Weitere beantragte/bewilligte andere öffentl. Förderung (in €)		
<b>Weiterleitung der Mittel an andere Projektträger</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Mittel werden für eigenes Projekt verwendet</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
wenn Mittel für ein eigenes Projekt:	<b>2021</b>	<b>2022</b>
eigene Personalkosten (in €):		
eigene Sachkosten (in €):		

.....  
 (Ort, Datum)

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