

Von Bewilligungsbehörde auszufüllen:

Bewilligungs-ID (GM) _____ Einzelrechnung/Teilrechnung/Schlussrechnung

Finanzposition: _____ Fälligkeit: _____

Unterschrift Ausführende/-r Datum _____

Landesamt für Soziales und Versorgung
Dezernat 53
Lipezker Straße 45, Haus 5
03048 Cottbus

(Absender)

Mittelanforderung-APH

gemäß Nr. 1.4 ANBest-P

Zuwendungsbescheid vom:

Projektnummer:

1. Mit o.g. Zuwendungsbescheid wurden insgesamt bewilligt:
2. Von der bewilligten Zuwendung wurden bisher abgerufen:
3. Höhe der verbliebenen Zuwendung:
4. Für voraussichtlich fällige Zahlungen abzüglich erwarteter Einnahmen einschließlich Zuwendungen Dritter, Eigenanteil und dem Projekt zuzurechnender gegebenenfalls vorhandener Geldbestände werden Zuwendungsmittel benötigt und hiermit abgefordert in Höhe von:

Schüler	Monat	x Festbetrag 440,00 €	Betrag des Monats
---------	-------	-----------------------	-------------------

Schüler	Monat	x Festbetrag 440,00 €	Betrag des Monats
---------	-------	-----------------------	-------------------

Zustehende Mittel

Verrechnung

MINUS nicht abgeforderte Mittel des Monats:

MINUS Verrechnungen nicht verausgabter Mittel:

PLUS nicht beantragte Mittel aus Vormonaten:

Auszahlsumme (beantragter Auszahlungsbetrag)

5. Höhe der verbleibenden Zuwendung abzüglich des Bedarfs:

6. Bankverbindung:

Inhaber:

IBAN:

Fälligkeit (Datum):

7. Anlage Teilnehmerliste

Ort, Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift/Stempel