

Zuwendungsempfänger / Ansprechpartner*in	Posteingangsstempel Landratsamt <i>(nicht ausfüllen)</i>
------------------------------------------	----------------------------------------------------------

Landratsamt Sömmerda
 Dezernat III
 Stabsstelle für Integrierte Sozialplanung
 Bahnhofstraße 9
 99610 Sömmerda



Mittelabruf

Gewährung einer Zuwendung gemäß Richtlinie zum Landesprogramm „Solidarisches Zusammenleben der Generationen (LSZ)“

Projekttitle:	<input type="text"/>
Förderkennzeichen:	<input type="text"/>
Projektvereinbarung / Bescheid vom:	<input type="text"/>
Zuwendungshöhe lt. Vereinbarung in €:	<input type="text"/>

Hiermit beantrage ich die Auszahlung einer Rate in Höhe des anteiligen Mittelbedarfs entsprechend der in o.g. Projektvereinbarung festgelegten Bestimmungen für den Zeitraum

Zeitraum:	<input type="text"/>
Auszahlungsbetrag:	<input type="text"/>

Ich bestätige, dass die Bedingungen und Auflagen der o.g. Projektvereinbarung erfüllt werden und keine mitteilungsrechtlichen Änderungen eingetreten sind.

Ich bitte um Überweisung des o.g. Betrags auf nachstehendes Konto:

Kontoinhaber*in:	<input type="text"/>
Name des Geldinstituts:	<input type="text"/>
IBAN:	<input type="text"/>
BIC:	<input type="text"/>

Ort, Datum

Name in Druckbuchstaben

rechtsverbindliche Unterschrift