

Antrag zur finanziellen Förderung von Veranstaltung im Rahmen der Förderrichtlinien für die Jugendarbeit

Einzureichen bis max. einen Werktag vor Maßnahmenbeginn. Bitte beachten Sie die Fördergrundsätze für die Jugendarbeit in den Städten Buxtehude und Stade sowie dem Landkreis Stade

Name der Jugendgruppe: _____

Korrespondenzanschrift: _____

Ansprechperson: _____

E-Mail: _____ Telefon: _____

Bankverbindung des Vereins Kontoinhaber (kein Privatkonto): _____

IBAN.: _____ Geldinstitut: _____ BIC _____

Der Antrag wird automatisch weitergeleitet, sofern ein weiterer Träger angekreuzt wird:

- Hansestadt Buxtehude, Jugendpflege, Geschwister-Scholl-Platz 1 a, 21614 Buxtehude
 Landkreis Stade, Jugendpflege, Am Sande 2, 21682 Stade

Es wird für die angekreuzte(n) Maßnahme(n) ein Zuschuss beantragt:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Jugendbildungsmaßnahme
(TN, P, MB, DV) | <input type="checkbox"/> Ferien- und Erholungsmaßnahme
(TN) |
| <input type="checkbox"/> Internationale Jugendbegegnung

(TN, P, EAN, DV, MB) | <input type="checkbox"/> Studien- und Informationsfahrt

(TN, P, DV, MB) |
| <input type="checkbox"/> Ausbildungsmaßnahme für ehrenamtliche Jugendleiter/innen
(TN, P, EAN) | <input type="checkbox"/> Mädchen-/Jungenspezifische Maßnahme
(TN, P, MB, DV) |
| <input type="checkbox"/> Fortbildungsmaßnahme für ehrenamtliche Jugendleiter/innen
(TN, P, EAN) | <input type="checkbox"/> Beteiligung von Kindern und Jugendlichen
(TN, P, MB, DV, EAN) |
| | <input type="checkbox"/> Maßnahme gegen Ausländerfeindlichkeit und Extremismus (TN, P, MB, DV, EAN) |

Abkürzungen: (TN (es darf nur der Jugendamtsvordruck benutzt werden: www.landkreis-stade.de oder bei den o. g. Jugendämtern) =Teilnehmerliste nach Maßnahmenende (max. 6 Wochen), P = Programm mit dem Antrag einreichen, EAN = Einnahmen- und Ausgabennachweis, MB = Maßnahmenbericht, DV = Darstellung der inhaltlichen Vorbereitung)

Angaben zur Maßnahme

Thema der Maßnahme: _____ Veranstaltungsort: _____

Land: _____ Name der Unterkunft: _____

Maßnahmenbeginn: _____ Maßnahmenende: _____ Dauer insg. _____

Geplante Anzahl der Teilnehmer/innen: _____ Altersgruppe: _____

Geplante Anzahl der Betreuer/innen: _____ Davon mit gültiger Juleica: _____

Wir reisen mit: der Bahn dem Fahrrad

Ort / Datum _____ Unterschrift der/des Maßnahmeleiters /in _____

Sollte die Maßnahme nicht stattfinden, bitten wir um Benachrichtigung.

Nur vom LK auszufüllen

Bux weitergeleitet:

MB

V