

Sächsisches Staatsministerium der Justiz und für Europa
Referat I.4
Hospitalstraße 7
01097 Dresden

FRL SED-Opferverbände

Zutreffendes bitte ankreuzen (x) oder ausfüllen

Auszahlungsantrag

Datum des Zuwendungsbescheides: _____
Aktenzeichen: _____

1. Antragsteller

Name _____
Satzungsmäßiger Vertreter _____

Anschrift Straße, Hausnummer _____
 PLZ, Ort _____

Bankverbindung Kontonummer _____
 Bankleitzahl _____
 Kreditinstitut _____

Auskunft erteilt: Name, Telefon-Durchwahl _____

2. Beratungs- oder Unterrichtsleistungen, Dokumentationen (falls zutreffend)

3. Beginn der Maßnahme nach Nr. 2 _____

4. Erklärungen

- () Auf die Einlegung eines Rechtsbehelfs gegen den Zuwendungsbescheid wird verzichtet.
() Eine Klage gegen den Zuwendungsbescheid wurde vor dem Verwaltungsgericht nicht erhoben.

5. Bewilligungen und bisherige Auszahlungen

Zuwendungsbereich	Zuwendungsbescheid	
	Datum	Aktenzeichen
a) _____	_____	_____
b) _____	_____	_____
c) _____	_____	_____

Bewilligter Betrag (EUR)	Prozentsatz	davon ausbezahlt	
		Zuweisung (EUR)	Darlehen (EUR)
a) _____	_____	_____	_____
b) _____	_____	_____	_____
c) _____	_____	_____	_____

6. Nunmehr beantragte Auszahlung

Zuwendungsbereich	Zuweisung (EUR)	Darlehen (EUR)
a) _____	_____	_____
b) _____	_____	_____
c) _____	_____	_____

7. Veranschlagte Ausgaben

7.1 Gesamtausgaben laut Antrag _____ EUR

7.2 davon zuwendungsfähig laut Bescheid _____ EUR

8. Kostenanfall

	Gesamtkosten (Ausgaben, die mit dem Zuwendungszweck im Zusammenhang stehen)	davon zuwendungsfähig (erforderlichenfalls geschätzt)
8.1 Bisher bezahlte Kosten	_____ EUR	
abzüglich Kosten, die Dritte zu tragen verpflichtet sind	_____ EUR	
verbleibender Betrag	_____ EUR	_____ EUR
8.2 Vorliegende unbezahlte Rechnungen	_____ EUR	_____ EUR
8.3 Innerhalb von zwei Monaten zu erwartende Rechnungen	_____ EUR	_____ EUR
8.4 Summe 8.1 bis 8.3		_____ EUR
		d.s. _____ Prozent von Nr. 7.2

Ort, Datum

Unterschrift