

Projekt „Teilhabechancen für Kinder mit drohender Behinderung verbessern – Kooperation von Frühförderstellen und Kindertageseinrichtungen stärken“

### Antrag zur Kostenübernahme

für Maßnahmen im Rahmen der Erprobung einer ICF-CY-basierten Kooperationsstruktur.  
Förderfähig sind Kosten für Honorare und Fahrtkosten der Referenten/Referentinnen.

1. Antragstellende Einrichtung: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Kontakt (Mail, Tel.): \_\_\_\_\_

ggf. in Kooperation mit

2. Antragstellende Einrichtung: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Kontakt (Mail, Tel.): \_\_\_\_\_

ggf. in Kooperation mit

3. Antragstellende Einrichtung: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Kontakt (Mail, Tel.): \_\_\_\_\_

**Welche Maßnahme(n) soll(en) gefördert werden?**

4. Inhalt/Thema/Lernziel:

Datum, Dauer: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Name Referent/Referentin: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Qualifikation/Referenz:

Honorar/Fahrtkosten: \_\_\_\_\_

5. Inhalt/Thema/Lernziel:

Datum, Dauer: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Name Referent/Referentin: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Qualifikation/Referenz:

Honorar/Fahrtkosten: \_\_\_\_\_

Die Kosten der Maßnahme werden der/den Einrichtung(en) bzw. den/dem Träger(n) von der Referentin/dem Referenten in Rechnung gestellt und beglichen. Im Rahmen des Projektes hat jede im Projekt beteiligte Einrichtung einen Anspruch auf anteilige Kostenübernahme in Höhe von max. 425 € (Kontingent). Hiermit beantragen wir eine (anteilige) Kostenübernahme

in Höhe von insgesamt \_\_\_\_\_ €

Zur Inanspruchnahme des Kontingents im Rahmen dieses Antrages wird/werden die beteiligte(n) Einrichtung(en) bzw. deren Träger dem  
Diözesan-Caritasverband Paderborn, Am Stadelhof 15, 33098 Paderborn, z.Hd. Margret Prinz die beantragte Kostenübernahme zu gleichen Anteilen in Rechnung stellen, in diesem Fall

\_\_\_\_\_ €

(beantragte Summe/Anzahl der beantragenden Einrichtungen) In gleicher Weise wird das verbleibende Kontingent für die jeweilige Einrichtung reduziert.

Wir verpflichten uns, nach der Durchführung der Maßnahme, mit Zusendung der Rechnung eine Teilnehmerliste einzureichen. Diese steht als Download auf [www.teilhabe-verbessern.de](http://www.teilhabe-verbessern.de) zur Verfügung. Sie beinhaltet auch die Bestätigung der antragsentsprechenden Durchführung der Maßnahme(n).

Für die antragstellenden Einrichtung(en) zu

1. (s.o.), Name: \_\_\_\_\_

Datum, Ort, Unterschrift: \_\_\_\_\_

Für die antragstellenden Einrichtung(en) zu

2. (s.o.), Name: \_\_\_\_\_

Datum, Ort, Unterschrift: \_\_\_\_\_

Für die antragstellenden Einrichtung(en) zu

3. (s.o.), Name: \_\_\_\_\_

Datum, Ort, Unterschrift: \_\_\_\_\_