**Förderung von Zuverdienst-Arbeitsprojekten für Menschen mit Behinderung im Sinne des § 99 SGB IX in Unterfranken**

**Förderantrag für das Jahr**

**Anlagen:**

Liste der im Pool angemeldeten Mitarbeiter (nach Vordruck)

Zusatzblatt für mehrere Anleiter

**Antragsteller (Name und Anschrift)**

**Trägerschaft und Rechtsform**

**Bankverbindung (IBAN und BIC)**

**Höhe der beantragten Zuwendung**

1. **Personalkostenzuschuss**      **€**
2. **Sachkostenzuschuss**      **€**

**Beginn der Maßnahme:**

**Wurden zur Finanzierung der Maßnahme auch bei anderen Stellen Zuwendun­gen beantragt, ggf. bei wem?**

**Haben andere Stellen für die Maßnahme schon eine Zuwendung gewährt oder in Aussicht gestellt?**

     **Angaben zu den Personalkosten (Anleiter):**

**Vor- und Zuname**       **Geburtsdatum**       **Funktion/Berufsbezeichnung**

**Vergütungsgruppe**       **Arbeitszeit:** bitte Zutreffendes ankreuzen

**[ ]  = Vollzeit regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit:**      **Std.**

**[ ]  = Teilzeit vereinbarte Wochenstunden:**       **Angabe in Prozent:**       **%

Beschäftigungszeitraum im lfd. Jahr: von**       **bis**       **tatsächliche Personalkosten im Beschäftigungszeitraum**      **€

beantragter Zuschuss**      **€

weitere Anleiter siehe Zusatzblatt (Anlage 2)**

1. **sonstige Angaben zum Projekt

Adresse des Zuverdienstprojektes**       **Ansprechpartner/Telefon/Fax**

**Hinweis gem. Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO):**

**Grundinformationen**

Verantwortlicher i. S. d. DSGVO:

Bezirk Unterfranken

Silcherstraße 5

97074 Würzburg

Tel.: 0931/7959-0

E-Mail: g.janke@bezirk-unterfranken.de

Die von Ihnen aufgrund der jeweiligen Förderrichtlinien des Bezirks Unterfranken erhobenen Daten sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Förderung bzw. Auszahlung der beantragten Förderung benötigt wird.

Wenn keine oder keine vollständigen Angaben gemacht werden, kann der Antrag möglicherweise aus förderrechtlichen Gründen nicht bearbeitet werden. Das könnte dazu führen, dass eine Förderung nicht oder nicht in der beantragten Höhe bewilligt werden kann.

Die Datenverarbeitung und -nutzung erfolgt nach den Vorschriften der §§ 67 ff. SGB X i. V. m. Art. 6 Abs. 1 e), Abs. 2 und 3 DSGVO.

Ihre Daten können vom Bezirk Unterfranken im Rahmen seiner Aufgabenerfüllung gem. §§ 67 d ff. SGB X an Dritte übermittelt werden, z. B. an andere Sozialleistungsträger i. S. d. § 35 SGB I, Gerichte, Strafverfolgungsbehörden, Haftpflichtversicherungen sowie entsprechende Stellen in anderen EU-Ländern.

Die Daten werden auch für statistische Zwecke verwendet (§§ 121 ff. SGB XII).

Ihre Daten werden nach der Erhebung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben gemäß § 84 SGB X für die Abwicklung der Leistungsansprüche sowie möglicher Erstattungs- und Regressansprüche erforderlich ist.

Weitergehende Informationen über Verarbeitung Ihrer Daten erhalten Sie auf der Homepage des Bezirks Unterfranken (<http://www.bezirk-unterfranken.de/hilfen/sozialhilfe/m_22429>)

Alternativ erhalten Sie diese Informationen auch von Ihrem zuständigen Sachbearbeiter.

Sie können sich auch an den Datenschutzbeauftragten der Bezirksverwaltung des Bezirks Unterfranken wenden, den Sie unter folgender Telefonnummer: 0931/7959-1625 oder über folgende E-Mail-Adresse: datenschutzbv@bezirk-unterfranken.de erreichen.

Erklärung:

1. Die Vereinbarung zur Errichtung von Zuverdienstarbeitsplätzen mit dem Bezirk Unterfranken ‑Sozialverwaltung‑ Würzburg wird als Grundlage der Förderung anerkannt.
2. Der Bezirk Unterfranken wird unverzüglich unterrichtet, falls sich Änderungen in der Planung oder im Fortgang des Projektes ergeben, die Auswirkungen auf die Förderung haben.
3. Es wird bestätigt, dass die Gesamtfinanzierung der Maßnahme gesichert ist.
4. Die bestimmungsgemäße Verwendung der Mittel wird nachgewiesen.
5. Unter den genannten Teilnehmern befinden sich keine Empfänger von Leistungen nach dem SGB II bzw. diese sind gekennzeichnet.
6. Wir versichern, dass alle gemachten Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ort, Datum) (rechtsverbindliche Unterschrift des Antragstellers)

**Verwendungsnachweis**

**für Zuschüsse des Bezirks Unterfranken an Zuverdienst-Arbeitsprojekte für Menschen mit Behinderung im Sinne des § 99 SGB IX**

**Förderzeitraum/Jahr:**

**Anlagen:**

Liste der im Pool beschäftigten Mitarbeiter unter Angabe der jeweils monatlich geleisteten Stunden

Zusatzblatt für mehrere Betreuer

1 Nachweis über die tatsächlich entstandenen Personalkosten (Jahres-Lohn- bzw. Gehaltsabrechnung)

**Zuwendungsempfänger (Name und Anschrift):**

**Verwendung der Fördermittel**

**bewilligter Zuschuss für Betreuungspersonal**      **€

bewilligter Zuschuss für Sachkosten**      **€**

**nachgewiesene Kosten**

1. **für Personal (Anleiter)**      **€**
2. **für Sachaufwand**      **€**

**für den gleichen Zweck von anderen Stellen erhaltene Förderung**      **€**

**weitere Angaben zu den Personalkosten (Anleiter):**

**Vor- und Zuname**       **Geburtsdatum**       **Funktion/Berufsbezeichnung**       **Vergütungsgruppe**       **Arbeitszeit:** bitte Zutreffendes ankreuzen!

**[ ]  = Vollzeit regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit:**      **Std.**

**[ ]  = Teilzeit vereinbarte Wochenstunden:**      **Angabe in Prozent:**      **%

Beschäftigungszeitraum im lfd. Jahr: von**      **bis**       **tatsächliche Personalkosten im Beschäftigungszeitraum**      **€

bewilligter Zuschuss**      **€

weitere Betreuer siehe Zusatzblatt (Anlage 2)**

Erklärung:

1. Es wird versichert, dass die abgerechneten Leistungen den Förderbedingungen der geschlos­senen Vereinbarung entsprechen und dass die Angaben sachlich und rechnerisch richtig sind.
2. Die jeweiligen Nachweise können vom Zuschussgeber jederzeit eingesehen werden.
3. Unter den genannten Teilnehmern befinden sich keine Empfänger von Leistungen nach dem SGB II bzw. diese sind gekennzeichnet.
4. Wir versichern, dass alle gemachten Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ort, Datum) (rechtsverbindliche Unterschrift des Antragstellers)

**Anlage 1** zum Antrag vom      .

(Förderung von Zuverdienst-Arbeitsprojekten für Menschen mit Behinderung im Sinne des § 99 SGB IX)

**Kalenderjahr**

**Arbeitsprojekt:**

**Im Projekt angemeldete Mitarbeiter:**

**[ ]  Hiermit bestätige ich, dass alle nachfolgend genannten Personen einen Nachweis vorgelegt haben, wonach sie erwerbsgemindert sind und für sie kein Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II besteht (z.B. HLU/Grundsicherungsbescheid nach dem SGB XII, Rentenbescheid, Feststellung der Erwerbsunfähigkeit durch den Rentenversicherungsträger, etc.). Der Bezirk Unterfranken behält sich vor stichprobenartige Überprüfungen durchzuführen.**

Name: Nachweis der Teilnahmeberechtigung

 = Zugehörigkeit zum Personenkreis nach

 § 99 SGB IX;

Vorlage einer fachärztlichen Bescheinigung über die Personenkreiszugehörigkeit und ggf. eines Kurzberichtes über die Notwendigkeit der Maßnahme

|  |  |
| --- | --- |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |

**Anlage 2** zum Antrag/zum Verwendungsnachweis vom      für das

Zuverdienst-Arbeitsprojekt

**Zusatzblatt für mehrere Betreuer**

**Personalkosten (Anleiter)**

Vor- und Zuname
Geburtsdatum

Funktion/Berufsbezeichnung
Vergütungsgruppe

Arbeitszeit: bitte Zutreffendes ankreuzen

[ ]  = Vollzeit regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit:      Std.

[ ]  = Teilzeit vereinbarte Wochenstunden:       Angabe in Prozent:      %

Beschäftigungszeitraum im lfd. Jahr: von      bis

tatsächliche Personalkosten im Beschäftigungszeitraum      €

beantragter/bewilligter Zuschuss      €

**Personalkosten (Anleiter)**

Vor- und Zuname
Geburtsdatum
Funktion/Berufsbezeichnung
Vergütungsgruppe

Arbeitszeit: bitte Zutreffendes ankreuzen

[ ]  = Vollzeitregelmäßige wöchentliche Arbeitszeit:      Std.

[ ]  = Teilzeit vereinbarte Wochenstunden:       Angabe in Prozent:       %
Beschäftigungszeitraum im lfd. Jahr: von      bis

tatsächliche Personalkosten im Beschäftigungszeitraum      €

beantragter/bewilligter Zuschuss      €

**Anlage 1** zum Verwendungsnachweis vom

(Förderung von Zuverdienst-Arbeitsprojekten für Menschen mit Behinderung im Sinne des § 99 SGB IX)

Kalenderjahr

Arbeitsprojekt:

Im Projekt angemeldete Mitarbeiter:

[ ]  **Hiermit bestätige ich, dass alle nachfolgend genannten Personen einen Nachweis vorgelegt haben, wonach sie erwerbsgemindert sind und für sie kein Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II besteht (z.B. HLU/Grundsicherungsbescheid nach dem SGB XII, Rentenbescheid, Feststellung der Erwerbsunfähigkeit durch den Rentenversicherungsträger, etc.). Der Bezirk Unterfranken behält sich vor stichprobenartige Überprüfungen durchzuführen.**

Name:

|  |  |
| --- | --- |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |

**Anlage 3** zum Verwendungsnachweis vom

**Mitteilung der Corona bedingten Erstattungsbeträge im Bereich der pauschal finanzierten Angeboten**

**Erstattungszeitraum**

|  |  |
| --- | --- |
| **Beginn:** | **01.01.2021** |
| **Ende:** | **31.12.2021** |

**Im genannten Zeitraum wurden von uns öffentlichen und privaten (Versicherungen), Ersatz-, Entschädigungs- oder Ausfallleistungen (insbesondere Kurzarbeitergeld bei [Teil-] Freistellung, Leistungen nach dem IfSG etc.) beantragt und in Anspruch genommen:**

**Leistungen erhalten:** [ ]  **nein** [ ]  **ja (wenn ja, siehe B)**

**Im genannten Zeitraum wurden von uns folgende öffentlichen und privaten Versicherungen, Ersatz-, Entschädigungs- oder Ausfallleistungen (insbesondere Kurzarbeitergeld bei [Teil-]Freistellung, Leistungen nach dem IfSG etc.) beantragt und in Anspruch genommen. Diese fließen in die Berechnung mit ein.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kurzarbeitergeld (KUG):**  |   |   |   |   |
| **Name** | **Vorname** | **Zeitraum** | **KUG (ohne Aufstockung Arbeitgeber)** |
| **Betrag:** |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

|  |
| --- |
| **sonstige Erstattungen Dritter (z.B. IFSG, Betriebsausfallversicherung, sonstige Ausfallleistungen etc.)** |
| **Name**  | **Vorname** | **Art der Erstattung:** |  | **Betrag** |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|  |  |  |  |  |  |

**C)**

|  |
| --- |
| **Verpflichtungserklärung:**Der Leistungserbringer erklärt, dass er die Rundschreiben des Bayerischen Bezirketags vom 18.03., 20.04. und 29.06.2020 zum Umgang mit den Auswirkungen der Corona-Pandemie und die Rundschreiben des jeweils zuständigen Bezirks beachtet und grundsätzlich umgesetzt hat.  |
|
|
|
|

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Datum, Ort Unterschrift**