

Wilhelm Sander-Stiftung

Jahres-/Schluss Verwendungsnachweis

für das Kalenderjahr _____
für den Zeitraum vom _____

Bewilligungsschreiben vom _____ Förderantrag - Nr. _____
Zusätzliche Bewilligung vom _____

1. Einnahmen (im Abrechnungszeitraum)

Vortrag restlicher Kassenmittel aus Förderantrag	0,00 €
Saldo-Vortrag lt. Abrechnung vom _____	0,00 €
Eingang der Überweisung am _____	0,00 €
_____	0,00 €
_____	0,00 €
_____	0,00 €
Summe der Kassenmittel	0,00 €

2. Ausgaben (Seite 2 - 4)

Personal	0,00 €
Geräte	0,00 €
Verbrauchsmaterial	0,00 €
Reisekosten	0,00 €
Sonstige Kosten	0,00 €
Summe der Ausgaben	0,00 €

3. Abrechnungsstand

beim Jahresabschluss _____ bzw. beim Schlussnachweis am _____

Summe der Kassenmittel (Ziffer 1)	0,00 €
abzüglich Summe der Ausgaben (Ziffer 2)	0,00 €
Bestand - Mehrausgabe	0,00 €

4. Guthaben / Mehrausgabe auf dem Verwahrkonto

beim Jahresabschluss _____ bzw. beim Schlussverwendungsnachweis am _____ **0,00 €**

(Abweichungen von dem unter Ziffer 3 genannten Betrag bitte gesondert erläutern)

5. Nur beim Schlussverwendungsnachweis ausfüllen

Die restlichen Kassenmittel gemäß Ziffer 3

wurden an die Wilhelm Sander-Stiftung zurücküberwiesen (entfällt bei einem Restbetrag bis 5 €) am _____

Bankverbindung: Wilhelm Sander-Stiftung, Kreissparkasse Kelheim, IBAN DE70 75051 56500 10623775, BIC: BYLADEM1KEH

Der Förderantrag ist damit rechnerisch abgeschlossen.

Ich versichere, dass die nachgewiesenen Ausgaben für das geförderte Vorhaben notwendig waren und ausschließlich dafür verwendet worden sind.

Die Angaben sind richtig. Die nachgewiesenen Ausgaben sind tatsächlich entstanden und ordnungsgemäß belegt. Die Belege werden bei der Kasse / Amtskasse aufbewahrt. Geräte, Gebrauchsgegenstände und Spezialliteratur sind ordnungsgemäß inventarisiert.

_____, den _____

Eigenhändige Unterschrift des Antragstellers

Dienststempel und verbindliche Unterschrift der Kasse / Amtskasse bzw. zuständigen Verwaltungsstelle (Personal-Wirtschaftsverwaltung)

Jahresnachweis Personalausgaben

Lfd. Nr.	Name, Vorname des Mitarbeiters	Beschäftigt als	a) Verg./Lohngruppe bzw. b) bei Stundenvergütung Angabe der Gesamtstundenzahl c) Art der Personalnebenkosten *)	Zahlungszeitraum von bis **)	Gesamtbetrag (keine Monatsbeträge) €
1	2	3	4	5	6

*) Essenzuschuss, Krankheitsbeihilfe, Beitrag zur Berufsgenossenschaft u.ä.

***) Ausfallzeiten von mehr als 6 Wochen bitte gesondert angeben (z.B. Arbeitsunfähigkeit, gesetzliche Mutterschutzfrist, Mutterschaftsurlaub)

0,00

Jahresnachweis Sonstiges

Lfd. Nr.	Datum der Rechnung	Zahlungsempfänger	Grund der Zahlung (Bei Reisekosten Reiseziel angeben)	Reisekosten €	Sonstige Kosten €
13	14	15	16	17	18
					0,00