

Anschrift des Zuwendungsempfängers:



**KOMMUNALER SOZIALVERBAND
SACHSEN**
- Fachdienst 340 -
Postfach 10 09 62
04009 Leipzig

_____, den _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Zuwendungsbescheid vom: _____ Aktenzeichen: 340-29- ____ / ____ / 20 ____

Mit der Maßnahme wurde begonnen:

für ____ . Rate /Abschlagszahlung

für Schlusszahlung

1. Anerkannte Gesamtkosten lt. Bescheid:	<input style="width: 80%;" type="text"/> EUR
2. Zuwendungsbetrag:	<input style="width: 80%;" type="text"/> EUR

3. Kostenanfall	Bitte vollständig ausfüllen!
3.1. Bisher bezahlte Kosten für d. Maßnahme innerhalb d. anerkannten Gesamtkostenplanes	<input style="width: 80%;" type="text"/> EUR
3.2. Vorliegende unbezahlte Kosten	+ <input style="width: 80%;" type="text"/> EUR
3.3. Innerhalb der nächsten sechs Monate zu erwartende Kosten	+ <input style="width: 80%;" type="text"/> EUR
3.4. Summe 3.1. bis 3.3.	= <input style="width: 80%;" type="text"/> EUR

4. Auszahlung	
4.1. Bisherige Auszahlung des Kommunalen Sozialverbandes Sachsen	<input style="width: 80%;" type="text"/> EUR
4.2. Beantragte Auszahlung	<input style="width: 80%;" type="text"/> EUR

5. Bankverbindung:

Der beantragte Auszahlungsbetrag soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

IBAN: BIC:

Institut: Kto.-Inhaber:

6. Rechtsbehelfsverzicht

Wir erklären uns mit dem Inhalt des Bescheides einverstanden und verzichten auf die Einlegung eines Rechtsbehelfes.

Rechtsverbindliche Unterschrift(en)/ Stempel

Vermerk der Bewilligungsbehörde
Bitte nicht ausfüllen!

Vertretbare Auszahlung (3.4.x 2./ 1.) - 4.1.(Nur bei Anteils- u. Festbetragsfinanzierung!)	<input style="width: 80%;" type="text"/> EUR
Anordnungsbetrag	<input style="width: 80%;" type="text"/> EUR

Rechtsverbindliche Unterschrift(en)/ Stempel