|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Folgende Angaben dienen dazu, die Eckdaten Ihres Projektvorhabens zu dokumentieren, um eine mögliche Förderung im Rahmen der sog. Kleinprojekte (Regionalbudgets) vorzubereiten.  **Hinweis: Bereits begonnene Projekte können nicht gefördert werden!**  Bitte fügen Sie nach Möglichkeit alle Angaben zu Ihrer Projektidee in die elektronischen Textfelder ein und senden es bis zum **22.März 2024** **unterschrieben** per E-Mail oder postalisch an unseren externen Regionalmanagement-Partner.  **\* Büro planinvent, Alter Steinweg 22-24, 48143 Münster**  Bei Fragen steht Ihnen gerne zur Verfügung: Sophia Lemm, Telefon 0157-36972294, E-Mail: info@leader-biggeland.de | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |
| **Angaben zur antragsstellenden Person oder Einrichtung** *(Projektverantwortlicher)* | | | | | | | | | |
| Name der Institution/ Einrichtung | | Namen eingeben | | | | | | | |
| Art | | e.V. | | Kommune | | Privatperson | | sonstiges: hier eingeben | |
| Ansprechperson | | Vornamen und Nachnamen | | | | | | | |
| Anschrift | | Straße + Hausnr., PLZ, Ort | | | | | | | |
| E-Mail | hier eingeben | | | | Telefonnummer | | hier eingeben | | |
| Vertretungsberechtigte | | Name, ggf. Funktion | | | | | | | |
| ProjektpartnerInnen | | z.B. andere Vereine, Organisationen, Mitstreiter | | | | | | | |
| Vorsteuerabzugsberechtigt? | | Ja, komplett  Nein  Ja, anteilig: Anteilhöhe | | | | | Gemeinnützig? | | Ja  Nein |
|  | | |  | | | | | | |
| **Angaben zum geplanten Projekt** | | | | | | | | | |
| Projekttitel | | | hier eingeben | | | | | | |
| Ort der Projektumsetzung | | | Attendorn  Drolshagen  Olpe  Wenden Ortssteil: hier eingeben | | | | | | |
| **Projektbeschreibung**  *(Welche konkreten Maßnahmen haben Sie vor? Welche Anschaffungen sollen getätigt werden?)* | | | Projekt beschreiben | | | | | | |
| **Projektziele** *(Welche Projektwirkungen werden angestrebt? Welcher Nutzen soll für die Region entstehen? Welche Zielgruppen sollen erreicht werden?* | | | Ziele, Nutzen und Zielgruppen des Projektes eingeben | | | | | | |
| Vorgesehene Maßnahmen zu Information und Öffentlichkeitsarbeit | | | hier eingeben | | | | | | |
| Anlagen/ Anmerkungen | | | Fügen Sie gerne zur Veranschaulichung Ihres Vorhabens Pläne, Fotos etc. bei. | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Angaben zu den Projektkosten** *(basierend auf den beigefügten, detaillierten Kostenplan)* | |
| **Voraussichtliche Gesamtkosten**  *(Kalkulation der förderfähigen brutto Kosten auf Basis von Preisabfragen, Angeboten o.ä.)* | hier eingeben € |
| **Nicht förderfähige Kosten**  *(Zweckgebundene Spenden, Skonto,  Rabatte, ggf. MwSt.)* | |  |  | | --- | --- | |  | Ja, in Höhe von Summe hier eingeben € | |  | nein | |
| **Förderfähige Projektkosten** | Gesamtkosten brutto – nicht förderfähige Kosten € |
| **Beantragte Förderung** *(max. 80 % der förderfähigen Kosten)* | hier eingeben € |
| **Verbleibender Eigenanteil**  *(mind. 20 % der Kosten)* | hier eingeben € |
| Werden durch das Projekt Einnahmen generiert? | |  | | --- | | Ja, in Höhe von Summe hier eingeben € | | nein | |

**Erklärung:**

Hiermit versichere/n ich/wir,

dass die o.g. Angaben vollständig und korrekt sind  
 dass mit der geplanten Maßnahme noch nicht begonnen wurde  
 dass Eigentumsrechte oder Gestattungs-/ Nutzungsrechte für die Fläche/ Objekte vorliegen  
 dass ggf. erforderliche (Bau-)/Genehmigungen vorliegen  
 dass das Projekt fristgerecht spätestens bis zum **30.11.24** und unter Vorkassenleistung umgesetzt und abgerechnet werden kann  
 dass eine möglichst barrierefreie Umsetzung erfolgt  
 dass eventuelle Unterhaltungskosten bis zum Ende der Zweckentbindungsfrist getragen werden können  
 dass erforderliche Angebote und der Kostenplan beigefügt sind  
 dass Änderungen der o.g. Angaben dem Regionalmanagement umgehend mitgeteilt werden

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ort, Datum | |  | Name eingeben |  |  |
| Ort, Datum |  |  | Name der/s Vertretungsberechtigte\*n |  | Unterschriften |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ort, Datum | |  | Name eingeben |  |  |
| Ort, Datum |  |  | Name der/s Vertretungsberechtigte\*n |  | Unterschriften |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ort, Datum | |  | Name eingeben |  |  |
| Ort, Datum |  |  | Name der/s Vertretungsberechtigte\*n |  | Unterschriften |

*\* Bitte prüfen Sie die Regularien zur Vertretungsberechtigung Ihrer Einrichtung – ggf. sind mehrere Unterschriften erforderlich!*