

\_\_\_\_\_  
Antragssteller  
Gruppe, Verein, Verband

Stadt Bergkamen  
Jugendamt  
Rathausplatz 1  
59192 Bergkamen

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort, Datum

Verantwortlich:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
E-Mail

**Antrag auf einen Zuschuss für Qualifizierungsmaßnahmen von ehren- und nebenamtlichen Mitarbeitern in der verbandsorientierten Jugendarbeit**

1. Es wird folgende Maßnahme durchgeführt:

in: \_\_\_\_\_  
(genaue Anschrift)

vom: \_\_\_\_\_ Beginn: \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Ende: \_\_\_\_\_ Uhr

Tage gesamt = \_\_\_\_\_ ,

mit \_\_\_\_\_ Teilnehmenden, davon \_\_\_\_\_ aus Bergkamen, \_\_\_\_\_ Betreuenden

sowie \_\_\_\_\_ Referierenden.

2. Betreuende/Referierende

Name, Vorname	Geburtsdatum	Anschrift	B/R

(Für je angefangene acht Gruppenteilnehmer wird eine Betreuungsperson bezuschusst, mindestens jedoch zwei.)

3. Die Leitung ist befähigt eine Gruppe zu führen. Mindestens eine Gruppenleitung ist in „Erster Hilfe“ ausgebildet.

4. Eine Unfall- und Haftpflichtversicherung ist abgeschlossen.

5. Wir bitten den Zuschuss auf das Konto BIC: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_ zu überweisen.

6.  Wir bitten um Zahlung eines Abschlages in Höhe von 75 % vor Antritt der Fahrt.

7. Änderungen der Zuschussvoraussetzungen sind dem Jugendamt bis spätestens 14 Tage nach Beendigung der Maßnahme mitzuteilen.

---

Datum, Stempel und Unterschrift des Leiters der Organisation

**Anlagen:**

- Übersicht über das geplante Schulungsprogramm