

**Dr. Waltraud Balla-Stiftung | c/o Stiftung Lebenshilfe Berlin  
Heinrich-Heine-Straße 15 | 10179 Berlin | Fax 82 99 98-208**

## **Antrag auf Förderung**

---

**Kurzbeschreibung der Maßnahme:** .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Ziel der Maßnahme:** .....

.....

.....

.....

.....

**Aspekte der Inklusion:** .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Termin(e):** .....

**Anzahl** der Teilnehmer: ..... Davon Mitarbeiter: .....

**Entstehende Kosten:** ..... (Kostenaufschlüsselung bitte auf Beiblatt)

Anteil der Einrichtung: .....

Anteil der Stiftung: .....

Die Maßnahme kann auch stattfinden, wenn der Anteil der Stiftung geringer als beantragt ausfällt:  
( ) ja ( ) nein (Zutreffendes bitte ankreuzen).

Über die bewilligte Summe hinaus kann keine Förderung erfolgen.

**Projektverantwortlicher:**

Name, Vorname: .....

Name der Einrichtung: .....

Anschrift: .....

Fon, Fax: .....

E-Mail: .....

Name der Leitung: .....

Konto-Nr.: ..... BLZ: ..... Bank: .....

**Erklärung:** Wir sichern eine Abrechnung (zweifach) innerhalb von vier Wochen nach Beendigung der Maßnahme sowie die Erstellung eines Sachberichts zu. Erstreckt sich die Förderung bis zum Jahresende, erfolgt die Abrechnung spätestens zum 5. Januar des Folgejahres.

---

<b>Datum</b>	<b>Unterschrift Projektverantwortlicher</b>	<b>Unterschrift Leitung</b>
--------------	---	-----------------------------

---

Name in Blockbuchstaben	Name in Blockbuchstaben
-------------------------	-------------------------