

Antrag für Fördermittel

(Titel des Projekts)

Handlungsfelder (Mehrfachnennungen möglich):

- | | |
|--|--|
| ☐ Bewegung | ☐ Vernetzung/Kooperation im Stadtteil |
| ☐ Gesunde Ernährung | ☐ Beteiligung/Aktivierung |
| ☐ Stressbewältigung/Entspannung | ☐ Sonstiges |
| ☐ Seelische Gesundheit | |
| ☐ Suchtprävention | |

Zielgruppe (Mehrfachnennungen möglich):

- | | |
|--|---|
| ☐ Kinder bis 6 Jahre | ☐ SeniorInnen ab 65 Jahren |
| ☐ Kinder von 6 bis 14 Jahren | ☐ Eltern/Familie |
| ☐ Jugendliche von 14 bis 18 Jahren | ☐ MultiplikatorInnen |
| ☐ Junge Erwachsene von 18 bis 25 Jahren | ☐ MigrantInnen |
| ☐ Erwachsene | ☐ Jungen |
| ☐ Frauen | ☐ Mädchen |
| ☐ Männer | |

Projektbeschreibung (Inhalt, Zielsetzung, Methoden, Zeitraum, Nachhaltigkeit, Kostenaufstellung. Bitte auch Rückseite oder zusätzliches Blatt benutzen).

Über welche Ausbildung/Qualifikation verfügt die Kursleitung?

Der besondere Nutzen des Projektes für Wählen Sie ein Element aus. ist:

Das Projekt ist erfolgreich, wenn folgende 3 Punkte erreicht sind:

1.
2.
3.

Erwartete Anzahl an TeilnehmerInnen: ANZAHL TN

Vorgesehener Projektzeitraum: Start - Ende

Anzahl vorgesehener Termine: ANZAHL Termine.

Beteiligte Kooperationspartner:

☐ Wir suchen noch Kooperationspartner für unser Projekt

Antragsteller / Projektträger:

Antragsteller/Projektträger:

AnsprechpartnerIn:

Straße, Nr.:

PLZ Ort:

Telefon:

E-Mail:

Voraussichtliche Gesamtkosten des Projektes:

Kostenaufstellung:

Honorarkosten (Std.Satz, Anzahl der Std.):

Sachmittel:

Werden Eigenmittel eingebracht, z.B. Personalkosten, Raummiete? Welche?

Wieviel Geld wird aus dem Regionalfond beantragt?:

Beteiligen sich noch andere an der Finanzierung des Projektes?

- ☐ Nein
☐ Ja

Name:

Betrag:

Name:

Betrag:

Die Mittel sollen auf folgendes Konto überwiesen werden:

Kontoinhaber:

IBAN:

Bank:

Ein Rechtsanspruch auf Förderung besteht nicht.

Hamburg, Datum

Unterschrift

Information, Beratung, Unterstützung beim Ausfüllen der Anträge:

Johann Daniel Lawaetz-Stiftung

LVS Prävention Wilhelmsburg

Stadtteilbüro Wilhelmsburg Ost | Thielenstraße 11 | 21009 Hamburg

Sprechzeiten: Dienstags 10-12 Uhr und nach Vereinbarung

E-Mail: gesundheit-wilhelmsburg@lawaetz.de

Telefon: 040/23830907

www.lawaetz.de

Genehmigung Lokale Vernetzungsstelle

Datum: Bitte Datum wählen.

- ☐ Nein
☐ Ja

Zustimmung Krankenkassen:

Datum: Bitte Datum wählen.

- ☐ Nein
☐ Ja