**Verwendungsnachweis**

**für Zuschüsse des Bezirks Unterfranken an Zuverdienst-Arbeitsprojekte für Menschen mit Behinderung im Sinne des § 99 SGB IX**

**Förderzeitraum/Jahr:**

**Genehmigte Anleiterstellen:**

**Zum Verwendungsnachweis sind folgende Unterlagen vorzulegen:**

* Nachweis über die tatsächlich entstandenen Personalkosten (Jahres-Lohn- bzw. Gehaltsabrechnung)
* Arbeitsvertrag und Qualifikationsnachweis von jedem Arbeitsanleiter
* Sachbericht über die Einhaltung der festgesetzten Qualitätsstandards
* Nachweis, mit welchem Mittel die einzelnen Zuverdienstteilnehmer ihren Lebensunterhalt sicherstellen (z.B. Erwerbsminderungsrente, Grundsicherung, Hilfe zum Lebensunterhalt)
* Ärztliches Gutachten bzw. fachärztliche Bescheinigung von Zuverdienstteilnehmern, die nicht im Leistungsbezug beim Bezirk Unterfranken sind

**Zuwendungsempfänger (Name und Anschrift):**

**Verwendung der Fördermittel**

**bewilligter Zuschuss für Betreuungspersonal**      **€  
  
bewilligter Zuschuss für Sachkosten**      **€**

**nachgewiesene Kosten**

1. **für Personal (Anleiter)**      **€**
2. **für Sachaufwand**      **€**

**für den gleichen Zweck von anderen Stellen erhaltene Förderung**      **€**

**weitere Angaben zu den Personalkosten (Anleiter):**

**Vor- und Zuname**       **Geburtsdatum**       **Funktion/Berufsbezeichnung**       **Vergütungsgruppe**       **Arbeitszeit:** bitte Zutreffendes ankreuzen!

**= Vollzeit regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit:**      **Std.**

**= Teilzeit vereinbarte Wochenstunden:**      **Angabe in Prozent:**      **%  
  
Beschäftigungszeitraum im lfd. Jahr: von**      **bis**       **tatsächliche Personalkosten im Beschäftigungszeitraum**      **€  
  
bewilligter Zuschuss**      **€**

**weitere Betreuer siehe Zusatzblatt (Anlage 2)**

Erklärung:

1. Es wird versichert, dass die abgerechneten Leistungen den Förderbedingungen der geschlos­senen Vereinbarung entsprechen und dass die Angaben sachlich und rechnerisch richtig sind.
2. Die jeweiligen Nachweise können vom Zuschussgeber jederzeit eingesehen werden.
3. Unter den genannten Teilnehmern befinden sich keine Empfänger von Leistungen nach dem SGB II bzw. diese sind gekennzeichnet.
4. Wir versichern, dass alle gemachten Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ort, Datum) (rechtsverbindliche Unterschrift des Antragstellers)

**Anlage 2** zum Verwendungsnachweis vom       für das Zuverdienst-Arbeitsprojekt

**Zusatzblatt für mehrere Betreuer**

**Personalkosten (Anleiter)**  
  
Vor- und Zuname        
Geburtsdatum        
  
Funktion/Berufsbezeichnung        
Vergütungsgruppe        
  
Arbeitszeit: bitte Zutreffendes ankreuzen

= Vollzeit regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit:      Std.

= Teilzeit vereinbarte Wochenstunden:       Angabe in Prozent:      %  
  
Beschäftigungszeitraum im lfd. Jahr: von      bis        
  
tatsächliche Personalkosten im Beschäftigungszeitraum      €  
  
beantragter/bewilligter Zuschuss      €

**Personalkosten (Anleiter)**  
  
Vor- und Zuname        
Geburtsdatum        
Funktion/Berufsbezeichnung        
Vergütungsgruppe        
  
Arbeitszeit: bitte Zutreffendes ankreuzen

= Vollzeitregelmäßige wöchentliche Arbeitszeit:      Std.

= Teilzeit vereinbarte Wochenstunden:       Angabe in Prozent:       %  
Beschäftigungszeitraum im lfd. Jahr: von      bis        
  
tatsächliche Personalkosten im Beschäftigungszeitraum      €  
  
beantragter/bewilligter Zuschuss      €  
  
**Anlage 3** zum Verwendungsnachweis vom

**Mitteilung der Corona bedingten Erstattungsbeträge im Bereich der pauschal finanzierten Angeboten**

**Erstattungszeitraum**

|  |  |
| --- | --- |
| **Beginn:** | **01.01.2021** |
| **Ende:** | **31.12.2021** |

**Im genannten Zeitraum wurden von uns öffentlichen und privaten (Versicherungen), Ersatz-, Entschädigungs- oder Ausfallleistungen (insbesondere Kurzarbeitergeld bei [Teil-] Freistellung, Leistungen nach dem IfSG etc.) beantragt und in Anspruch genommen:**

**Leistungen erhalten:**  **nein**  **ja (wenn ja, siehe B)**

**Im genannten Zeitraum wurden von uns folgende öffentlichen und privaten Versicherungen, Ersatz-, Entschädigungs- oder Ausfallleistungen (insbesondere Kurzarbeitergeld bei [Teil-]Freistellung, Leistungen nach dem IfSG etc.) beantragt und in Anspruch genommen. Diese fließen in die Berechnung mit ein.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kurzarbeitergeld (KUG):** | |  |  |  |  |
| **Name** | **Vorname** | **Zeitraum** | | **KUG (ohne Aufstockung Arbeitgeber)** | |
| **Betrag:** | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **sonstige Erstattungen Dritter (z.B. IFSG, Betriebsausfallversicherung, sonstige Ausfallleistungen etc.)** | | | | | |
| **Name** | **Vorname** | **Art der Erstattung:** |  | **Betrag** | |
|  |  |  |  | | |
|  |  |  |  | | |
|  |  |  |  | | |
|  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |

**C)**

|  |
| --- |
| **Verpflichtungserklärung:** Der Leistungserbringer erklärt, dass er die Rundschreiben des Bayerischen Bezirketags vom 18.03., 20.04. und 29.06.2020 zum Umgang mit den Auswirkungen der Corona-Pandemie und die Rundschreiben des jeweils zuständigen Bezirks beachtet und grundsätzlich umgesetzt hat. |
|
|
|
|

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Datum, Ort Unterschrift**