**ANTRAG AUF FINANZIERUNG**

**aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds, vertreten durch die ZWIST / waff und des AMS Wien in der Investitionspriorität 2.1**

**Aktive Inklusion**

**Teilprojekt Nr. …**

(einstufiges Verfahren)

|  |
| --- |
| **Name des Teilprojektes: Testung/Clearing bzw. Beratung** |

|  |
| --- |
| **Name des Teilprojektpartners/der Teilprojektpartnerin:** |

|  |
| --- |
| **Laufzeit:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ansprechpartner/in**  Telefon  E-Mail  Fax | **ACHTUNG:** Dies muss eine E-Mailadresse sein, an die Zusendungen gesandt werden können.  **ACHTUNG:** Dies muss eine Faxnummer sein, an die Zusendungen gesandt werden können. |

………………., ………………………

Ort, Datum

**Inhalt Antragsunterlagen**

|  |  |
| --- | --- |
| **A. Teilprojektpartner/in** |  |
|  |  |
| **B. Angaben zum Teilprojekt** |  |
|  |  |
| **C. Standorte der Teilprojekt-Umsetzung** |  |
| Die Umsetzung des Netzwerkprojektes erfolgt bei Testung/Clearing in den Räumlichkeiten des Förderungswerbers/der Förderungswerberin, bei der Begleitung in den Räumlichkeiten der betreffenden Deutschkursanbieter/innen. |  |
| **D. Kurzbeschreibung des geplanten Teilprojektes** |  |
|  |  |
| **E. Qualifikation der Mitarbeiter/innen** |  |
|  |  |
| **F. Darstellung der Kosten** |  |
|  |  |
| **G. Erklärung** |  |
| Erklärung des Projektpartners/der Projektpartnerin über die letztgültige Fassung des Antrages |  |
|  |  |
| **H. Nachweise** |  |
| Formular 6.1 Anschreiben  Formular 6.4 Eigenerklärung zum Referenzprojekt  Formular Leistungsstunden  Vereinsregisterauszug/Firmenbuchauszug  Letztgültiger Kontoauszug zuständige Sozialversicherung  Letztgültige Rückstandsbescheinigung der Finanzbehörde |  |
|  |  |
|  |  |

**A. Teilprojektpartner/in**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name/Bezeichnung** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Anschrift**  E-Mail  Webadresse |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Rechtsform** |  |
| **ZVR-Nr./FB-Nr.** |  |
| **Vorsteuerabzugsberechtigt** | Ja  Nein |

|  |  |
| --- | --- |
| **Gesetzlich bevollmächtigte/r Vertreter/in**  Telefon  E-Mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Bankverbindung**  Bank  IBAN  BIC  Kontobezeichnung |  |

**B. Angaben zum Teilprojekt**

|  |  |
| --- | --- |
| **Bezeichnung des Teilprojektes** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Durchführungsdauer** | Monate |

|  |  |
| --- | --- |
| **geplanter Projektbeginn** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Geplantes Projektende** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Geplante Maßnahmenteile laut Auswahlkriterien des Operationellen Programms** | Beschäftigung  Aus- und Weiterbildung  Beratung und Orientierung  Bildungsinformation  Öffentlichkeitsarbeit, Sensibilisierung, Vernetzung  Andere Aktivitäten *(bitte benennen)*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**C. Standorte der Teilprojektumsetzung**

Die Umsetzung des Netzwerkprojektes erfolgt bei Testung/Clearing in den Räumlichkeiten des Förderungswerbers/der Förderungswerberin, bei der Begleitung in den Räumlichkeiten der betreffenden Deutschkursanbieter/innen.

|  |
| --- |
| **Standorte der Teilprojektumsetzung** |
| |  |  | | --- | --- | | **Standort 1 – Aktivitäten mit Teilnehmer/innen** | | | Adresse |  |  |  |  | | --- | --- | | **Standort 2** | | | Adresse |  |   *(weitere Standorte: bitte einfügen)* |

**D. Kurzbeschreibung des geplanten Teilprojektes**

**Titel des Teilprojektes:**

**Förderzeitraum:**

**Zielgruppe:**

**Spezifische Problemlagen:**

**Eckpunkte zur Differenzierung/Unterschied zu anderen Teilprojekten:**

|  |
| --- |
| Kurzbeschreibung Projektinhalt, 5 Zeilen |

**E. Qualifikation der Mitarbeiter/innen**

(pro Person ein Blatt ausfüllen)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **Funktion in der Organisation / innerhalb des Angebotes / Tätigkeitsschwerpunkte:** |  |  | | --- | | **Name:** |  |  | | --- | | **Art des Vertragsverhältnisses:** |  |  | | --- | | **Kompetenzprofil** (Qualifikation, Gender- und Diversitykompetenz,…): | |

|  |
| --- |
| **Übersichtsblatt Mitarbeiter/innen** |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Name** | **Funktion im Teilprojekt** | **Stundenausmaß pro Woche** | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |

**F. Darstellung der Kosten**

Für die Darstellung der Kosten werden beiliegende Excel-Formulare „Finanzplan“ inklusive Detailpläne und Formular „Leistungsstunden“ verwendet. Wir bitten Sie die Formulare vollständig auszufüllen, damit sie prüffähig sind.

auf Briefpapier des einreichenden Projektträgers/der einreichenden Projektträgerin zu kopieren

**Erklärung des Projektträgers/der Projektträgerin über die letztgültige Fassung des Antrages**

Wir erklären hiermit, das Dokument „Erklärung des Projektträgers/der Projektträgerin“ zusammen mit dem Förderungsansuchen inklusive Finanzplan, den Formularen 6.1 und 6.4. und dem Formular „Leistungsstunden“ in Papierform, in elektronischer Form auf einem USB-Stick und in letztgültiger Fassung vorzulegen.

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

Ort, Datum Rechtsgültige Fertigung & Stampiglie

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

Name in Blockschrift