**Verwendungsnachweis**

**für Zuwendungen nach der Verwaltungsvorschrift des Landkreises Havelland zur Umsetzung des 100-Stellen-Programms ab 2016**

Zuwendungsempfänger:

**Allgemeine Angaben zur geförderten Maßnahme**

Aktenzeichen:

Kurzbezeichnung der Maßnahme lt. Bescheid:

Zuwendungsbescheid (ZWB) vom:

1. Änderungsbescheid vom:
2. Änderungsbescheid vom:
3. Änderungsbescheid vom:

[ ]  1. Förderjahr [ ]  2. Förderjahr [ ]  3. Förderjahr

Maßnahmezeitraum von: bis

Bewilligungszeitraum: von: bis

Geförderte/r Teilnehmer/in

Name:

Vorname:

Geb. am:

Die Beschäftigung erfolgte:

[ ]  gesamter Förderzeitraum

[ ]  Maßnahme wurde beendet zum:

 (ausführliche Begründung bitte im Sachbericht vornehmen)

 [ ]  Besetzung der Stelle durch (neue/r Teilnehmer/in)

 Name:

 Vorname:

 Geb. am:

 Zeitraum:

1. **Zahlenmäßiger Nachweis**

**Einnahmen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Finanzplan/lt. ZWB** | **Tatsächl. Einnahmen** |
| Zuwendung aus dem 100-Stellen-Programm |  |  |
| Leistungen Dritter (mit öffentlicher Förderung/Zuschüsse) |  |  |
| Leistungen Dritter (ohne öffentlicher Förderung) |  |  |
| Erstattung Krankenkassen |  |  |
| öffentliche Förderung nach dem SGB II |  |  |
| Eigenanteil |  |  |
| **Gesamt** |  |  |

**Ausgaben**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Finanzplan/lt. ZWB** | **Anteil in %** | **Tatsächl. Ausgaben** | **Anteil in %** |
| Personalausgaben gesamt |  |  |  |  |
| davon Zuwendung aus dem 100-Stellen-Programm |  |  |  |  |
| davon Leistungen Dritter (mit öffentlicher Förderung/Zuschüsse) |  |  |  |  |
| davon Leistungen Dritter (ohne öffentliche Förderung) |  |  |  |  |
| davon Eigenanteil |  |  |  |  |
| **abzüglich** Erstattung Sozialversicherungsträger (KK) |  |  |  |  |
| **Gesamt** |  |  |  |  |

**Ergebnis (Einnahmen/Ausgaben)**

**Ergebnis Einnahmen:**

**Ergebnis Ausgaben:**

**Differenz** (+) Schlussrate / (-) Rückzahlung:

Hieraus ergibt sich eine

[ ]  Schlussrate in Höhe von

Überweisung der Schlussrate an folgende Bankverbindung:

IBAN:

BIC:

Kreditinstitut:

[ ]  Rückzahlung in Höhe von

wird auf folgende Bankverbindung überwiesen:

IBAN: DE33 1605 0000 3861 0148 30

BIC: WELADED1PMB

Mittelbrandenburgische Sparkasse

unter Angabe des Aktenzeichens

1. **Anlagen zum Verwendungsnachweis**

[ ]  Sachbericht (beigefügter Vordruck)

[ ]  Lohnjournale in Kopie, ersatzweise Lohn-/Gehaltsnachweise

[ ]  Kopien der Bankbelege als Nachweis für die Zahlung der Sozialversicherungsbeiträge an die Krankenkasse oder eine aktuelle Unbedenklichkeitsbescheinigung der Krankenkasse

[ ]  Kopien der Bankbelege als Nachweis für die Abführung der Lohnsteuer an das Finanzamt oder eine aktuelle „Bescheinigung in Steuersachen“ des Finanzamtes

[ ]  Kopien der Einnahmebelege von bewilligten öffentlichen Förderungen nach dem SGB II zur Abrechnung von Zusendungen gemäß Verwaltungsvorschrift Ziffer 4.2

[ ]  Kopien der Einnahmebelege/Zuwendungsbescheide von Leistungen Dritter (öffentliche und/oder nicht öffentliche Förderung)

[ ]  Nachweise über ggf. erfolgte Lohnersatzleistungen sowie Erstattungen der Sozialversicherungsträger bei Arbeitsunfähigkeit des/der geförderten Teilnehmers/in

[ ]  Nachweise der Nachbeschäftigung (bei Abrechnung 3. Förderjahr)

Die Originale der abgerechneten Belege werden für stichprobenartige Prüfungen vorgehalten und können jederzeit vom Zuwendungsgeber eingesehen werden.

1. **Erklärungen**

 Es wird bestätigt, dass…

[ ]  die Allgemeinen Nebenbestimmungen für die Zuwendung zur Projektförderung und die Nebenbestimmungen des Zuwendungsbescheides eingehalten wurden

[ ]  die Ausgaben notwendig waren, wirtschaftlich und sparsam verfahren worden ist und die Angaben im Verwendungsnachweis mit den Büchern und Belegen übereinstimmen-

[ ]  wir die im Zuwendungsbescheid festgelegte Aufbewahrungsfrist für alle mit dem Projekt im Zusammenhang stehenden Originalbelege und Verträge und ggf. mit Prüfvermerk versehene Kopien oder beglaubigte Abschriften solcher Dokumente auf allgemein üblichen Datenträgern einhalten werden.

In Kenntnis der strafrechtlichen Bedeutung unvollständiger oder falscher Angaben wird versichert, dass…

[ ]  die abgerechneten Einnahmen und Ausgaben im Zusammenhang mit der geförderten Maßnahme angefallen sind.

[ ]  Lohnersatzleistungen und Erstattungen der Sozialversicherungsträger bei der Abrechnung der förderfähigen Personalausgaben berücksichtigt wurden.

[ ]  Die im Zuwendungsbescheid enthaltenen Nebenbestimmungen, Festlegungen und Auflagen eingehalten wurden.

Dem Unterzeichner ist bekannt, dass die Zuwendung im Falle ihrer zweckwidrigen Verwendung der Rückforderung und Verzinsung unterliegt.

Ort/Datum

Name, Vorname des Zeichnungsberechtigten

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

Rechtsverbindliche Unterschrift Stempel

Anlagen

**Sachbericht**

**Ausführliche Darstellung der Tätigkeiten der/des Teilnehmers/in**

**Angaben zu Erfolg/Misserfolg\* und Auswirkungen der Maßnahme (Nachhaltigkeit)**

 **\*hat nicht zwangsläufig eine Rückforderung zur Folge**

**Begründung zu ggf. erfolgten Teilnehmer/innen-Wechseln**

**Begründung zu etwaigen Abweichungen vom ZWB/Finanzplan bei den Ein- und Ausgaben**