

Bei der Übersendung als FAX zur Fristenwahrung ist das Original nachzusenden!

Name / Bezeichnung:	_____
Anschrift:	_____
Ansprechpartner/-in:	_____
Telefon / Durchwahl:	_____

**Einverständnis-
erklärung**

Mittelabruf

Landkreis Havelland
Referat 52 Kinder- und Jugendförderung
Platz der Freiheit 1
14712 Rathenow

Betr.: **Zuwendungen des Landes Brandenburg/ des Landkreises Havelland**
Förderung von Personal- und Sachkosten von sozialpädagogischen Fachkräften (PKR) gem.
§§ 11-14 SGB VIII

Bezug: **Zuwendungsbescheid (Aktenzeichen)** _____ **vom** _____

1. Einverständniserklärung

Oben genannter Zuwendungsbescheid ist mir am _____ zugegangen.

Ich erkläre mich mit den Bestimmungen dieses Zuwendungsbescheides einverstanden und verzichte auf das Einlegen von Rechtsmitteln.

2. Mittelanforderung

Mit dem o.g. Zuwendungsbescheid wurden insgesamt bewilligt: _____ €

Bisher wurden abgerufen _____ €

Zu den fälligen Zahlungen im Rahmen des Verwendungszwecks werden sofort/in den nächsten zwei Monaten benötigt: _____ €

Wir bitten um die Überweisung dieser Summe auf unser Konto

IBAN: _____

BIC: _____

Bank: _____

Inhaber: _____

Verwendungszweck: _____

Ort/ Datum

Stempel

rechtsverbindliche Unterschrift