

**Verwendungsnachweis  
zur Zuwendung aus der Richtlinie  
des Sächsischen Staatsministeriums der Justiz  
zur Förderung von Querschnittsaufgaben der Betreuungsvereine vom 29.10.2015,  
geändert mit RL vom 19.12.2019  
hier: Haushaltsjahr 2022**

Kommunaler Sozialverband Sachsen  
Überörtliche Betreuungsbehörde  
Postfach 10 09 62  
04009 Leipzig

**1. Empfänger der Zuwendung: Name/Anschrift Betreuungsverein (BtV)**


**2. Einzugs- und Tätigkeitsbereich [Amtsgerichtsbezirk(e)] gemäß Abstimmung mit örtlicher Betreuungsbehörde (öBtB)**

--

**3. hauptamtliche Mitarbeiter im BtV/berufliche Betreuungen**

• **Insgesamt\*:**

• **davon Vereinsbetreuer:**

• **Anzahl beruflich geführter Betreuungen:**

\* Angaben sind bezogen auf den Stichtag 31.12. des Bewilligungszeitraumes vorzunehmen.

- **Fachkraft für Querschnittsaufgaben (QMA):**

(Angaben nur erforderlich bei Abweichungen gegenüber Angaben im Antragsformular; ansonsten bitte auf Antragsformular verweisen)

Name, Vorname	Qualifikation (anerkannte Berufs- u. Studienabschlüsse, gleichwertig anerkannte Abschlüsse, ggf. akademischer Grad)	ununterbrochene berufliche Betreuertätigkeit von – bis (Mehrfachnennungen möglich)	hauptamtlich beschäftigt beim BtV ja/nein seit:	als QMA beim BtV tätig seit:	wöchentliche Arbeitszeit als QMA in Stunden

#### 4. Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter des BtV im Bewilligungszeitraum

Bitte Teilnahmebestätigung beifügen.

Name, Vorname des Mitarbeiters	Datum und Ort der Maßnahme	Thema	Referent	Dauer der Maßnahme (in Stunden)

**5. Mitwirkung in der örtlichen Arbeitsgemeinschaft (AG) für Betreuungsangelegenheiten nach § 2 Abs. 1 Nr. 6 AGBtR**

Datum der örtlichen AG	Name, Vorname des teilnehmenden Mitarbeiters des BtV

Geben Sie im Folgenden bitte für jede örtliche AG, an der kein Mitarbeiter des BtV teilgenommen hat, die konkreten Gründe an:


**6. Wir erklären, dass Änderungen z. B. Neueinstellung von Mitarbeitern dem zuständigen Versicherungsunternehmen angezeigt wurden, so dass für alle Mitarbeiter des BtV eine angemessene Haftpflichtversicherung im Sinne des § 114 Versicherungsvertrags-gesetzes im Förderzeitraum bestand.**

ja

nein

**7. durchgeführte regelmäßige Öffnungszeiten:**

	Uhrzeit von- bis	Stundenzahl
montags		
dienstags		
mittwochs		
donnerstags		
freitags		
<b>Wochenstunden gesamt:</b>		

### 8. durchgeführte Maßnahmen zur Sicherstellung der Querschnittsarbeit

(Bitte entsprechende Nachweise u. a. zur Einladung der Teilnehmer, Teilnehmerlisten, Referentenangaben/-unterlagen beifügen.)

#### ➤ 2 öffentliche Veranstaltungen zur Gewinnung von ehrenamtlichen Betreuern

Nr.	Datum	Ort	Thema und Referent	Bekanntgabe a) Datum b) Medium	Teilnehmerkreis	Teilnehmerzahl
1						
2						

#### • 2 öffentliche Veranstaltungen zur Einführung, Beratung und Fortbildung ehrenamtlicher Betreuer und Vorsorgebevollmächtigter

Nr.	Datum	Ort	Thema und Referent	Bekanntgabe a) Datum b) Medium	Teilnehmerkreis	Teilnehmerzahl
1						
2						

#### ➤ 2 öffentliche Veranstaltungen zur Information über Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen

Nr.	Datum	Ort	Thema und Referent	Bekanntgabe a) Datum b) Medium	Teilnehmerkreis	Teilnehmerzahl
1						
2						



**9. Nachweis der laufenden Beratung und Begleitung von ehrenamtlichen Betreuungen und (potentiellen) Vorsorgevollmachten (Ziffer IV. Nr. 9 der RL)**

Staatliche Förderung vor 2017 erhalten?

Ja

Nein

**Nachweisführung zu den erforderlichen ehrenamtlichen Betreuungen/(potentiellen) Vorsorgebevollmächtigungen i. R. d. Ziffer IV.9 FRL vom 29.10.2015 i. F. d. ÄnderungsRL vom 05.12.2018:**

	<b>Name, Vorname des ea Betreuers oder des (potentiellen) Vorsorgevollmachtnehmers</b>	<b>gerichtliches Aktenzeichen der ea Betreuung oder Beratungsdatum/ Ausstellungsdatum der Vorsorgevollmacht</b>	<b>Bezeichnung Betreuungsgericht oder Name, Vorname des Vorsorgevollmachtgebers</b>
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			

19			
20			

#### 10. Bei Beantragung der Förderung nach Ziffer V. Nr. 4 der RL

**Nachweis der im Förderjahr neu geworbenen ehrenamtlichen Betreuer außerhalb des familiären Umfeldes, mit Ausnahme der Eltern, die für die ea Betreuung ihres volljährigen Kindes gewonnen werden konnten**

Zum Nachweis ist die vollständig ausgefüllte Bereitschaftserklärung, siehe Anlage 1 für jeden ehrenamtlichen Betreuer diesem Verwendungsnachweis anzufügen.

#### 11. Bei Beantragung der Förderung nach Ziffer V. Nr. 5 der RL

**Nachweisführung zur Beratung und Begleitung ehrenamtlicher Betreuungen und (potentiellen) Vorsorgevollmachten (aus dem familiären Umfeld) i. R. d. Ziffer V Nr. 5 der FRL vom 29.10.2015 i. d. F. der ÄnderungsRL v. 05.12.2018:**

	<b>Name, Vorname des ea Betreuers oder des (potentiellen) Vorsorgevollmachtnehmers</b>	<b>gerichtliches Aktenzeichen der ea Betreuung oder Beratungsdatum/ Ausstellungsdatum der Vorsorgevollmacht</b>	<b>Bezeichnung Betreuungsgericht oder Name, Vorname des Vorsorgevollmachtgebers</b>
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

## 12. Nachweis der Sicherstellung der Gesamtfinanzierung gem. Ziffer VI. Nr. 2d) der RL

Wir erklären, dass die Gesamtfinanzierung für den Bewilligungszeitraum gesichert war.

ja

nein

### Darstellung Gesamteinnahmen (in EUR):

➤ Mittel der Arbeitsförderung:	<input type="text"/>	EUR
➤ Spenden, Mitgliedsbeiträge, Bußgelder:	<input type="text"/>	EUR
➤ Einnahmen aus Vergütung/Aufwendungsersatz:	<input type="text"/>	EUR
➤ sonstige Eigenmittel:	<input type="text"/>	EUR
➤ _____	<input type="text"/>	EUR
	<input type="text"/>	EUR

**Summe Einnahmen:**

### Darstellung Gesamtausgaben (in EUR):

➤ Personalkosten	<input type="text"/>	EUR
➤ Sachkosten (insgesamt): davon:	<input type="text"/>	EUR
○ Miete/Nebenkosten:	<input type="text"/>	EUR
○ Geräte/Ausstattung:	<input type="text"/>	EUR
○ Büromaterial:	<input type="text"/>	EUR
○ Reisekosten BtV:	<input type="text"/>	EUR
○ Reisekosten i.d.R. Betreuungsführung (nicht zuwendungsfähig)	<input type="text"/>	EUR
○ Porto / Telefonkosten BtV:	<input type="text"/>	EUR
○ Porto / Telefonkosten i.d.R. Betreuungsführung (nicht zuwendungsfähig)	<input type="text"/>	EUR
○ Versicherungen:	<input type="text"/>	EUR
○ Fortbildung:	<input type="text"/>	EUR
○ Sonstige: (nicht zuwendungsfähig)	<input type="text"/>	EUR
	<input type="text"/>	EUR

**Summe Ausgaben:**

Saldo des Vorjahres:

EUR

### 13. Darstellung der tatsächlichen Kosten der Querschnittsaufgaben gem. Ziffer IV. Nr. 2 der FRL

Einnahmen für Querschnittsaufgaben:

EUR

davon:

➤ Mittel der Arbeitsförderung für QMA:

EUR

➤ bewilligte Zuwendung für Querschnittsaufgaben:  
(gesamt inkl. **kommunale Kofinanzierung** gem. der FRL vom 29.10.2015  
i. d. F. der ÄnderungsRL v. 05.12.2018 )

EUR

➤ bewilligte Zuwendungen für Querschnittsaufgaben:  
(**unabhängig** von der Förderung gem. der FRL vom 29.10.2015  
i. d. F. der ÄnderungsRL v. 05.12.2018 - Bitte Bescheid in Kopie beifügen!)

EUR

Ausgaben für Querschnittsaufgaben:

EUR

davon:

➤ Personalkosten für Querschnittsaufgaben:  
(Personalkosten inkl. AG-Anteil für 35% VZÄ des/der QMA)

EUR

➤ Sachkosten für Querschnittsaufgaben:

EUR

### 14. Nachweis zur Einhaltung der Informationspflicht gem. § 44a Abs. 1 SÄHO

Wir erklären, dass wir die Öffentlichkeit an geeigneter Stelle darüber informiert haben, dass unser Betreuungsverein aus Mitteln des Freistaates Sachsen finanziert wird und wir dafür den Satz „Diese Maßnahme wird mitfinanziert durch Steuermittel auf der Grundlage des vom Sächsischen Landtag beschlossenen Haushaltes“ und neben diesem Text das Landessignet des Freistaates Sachsen an geeigneter Stelle platziert haben.

ja

nein

Die Einhaltung der Informationspflicht ist durch entsprechende Kopien von Flyern, dem Ausdruck von Briefköpfen, ggf. Fotos von Informationstafeln, dem Ausdruck der Homepage oder anderen geeigneten Mitteln nachzuweisen.

### 15. Sachbericht zum Verwendungsnachweis:

**Beschreibung des BtV:** Vereinsstruktur (infrastrukturelle Gegebenheiten, Ausstattung, Erreichbarkeit etc.), Arbeitsklima, Probleme;  
**Bedarfslage:** finanzielle Situation (Abrechnungsverfahren, -zeiträume, -rückstände u. ä.), weitere Vorhaben, Auslastung, personelle Entwicklung, Fallzahlentwicklung, Probleme aus der Betreuungstätigkeit der Vereinsbetreuer; **Zusammenarbeit mit Behörden/Organisationen:** Betreuungsgerichte, örtliche und überörtliche Betreuungsbehörden, soziale Systeme und andere Beteiligte; Mitarbeit in Gremien/Arbeitskreisen/Verbänden; **Beratungen:** Hier soll auf die organisatorischen Bedingungen zur Umsetzung sowie evtl. Besonderheiten/Probleme eingegangen werden. **Konkrete Einzelfalltätigkeit/ Hilfeleistungen;**  
**Öffentlichkeitsarbeit:** Hier soll auf die organisatorischen Bedingungen zur Umsetzung sowie evtl. Besonderheiten/Probleme eingegangen werden. Werbe- und Informationsmaterial des BtV ist beizufügen. Maßnahmen (Werbeaktionen, Mediennutzung, Projekte dazu etc.) sollen dargestellt werden. **Schlussbetrachtung/Fazit:** Erfüllung der (Querschnitts)Aufgaben und Ziele, Erfolge, Erlebnisse/Ereignisse, Widersprüche, Systemfehler, besondere Probleme, Vorausschau, Prognose, Erwartungen.

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.



Der BtV versichert, dass alle Angaben wahrheitsgemäß erfolgt sind und bestätigt mit seiner Unterschrift die Richtigkeit der Verwendungsnachweisangaben. Des Weiteren versichert der BtV, dass die Angaben unter Punkt 11 mit den vollständigen, richtigen, zeitgerechten und geordneten Eintragungen in den Geschäftsbüchern und den sonstigen erforderlichen Aufzeichnungen und Belegen des BtV übereinstimmen. Der BtV erklärt, dass alle Ausgaben notwendig waren und der BtV folglich sparsam sowie ökonomisch gewirtschaftet hat.

(Es wird darauf hingewiesen, dass im Verwendungsnachweisvordruck und in anderer Weise im Zusammenhang mit dem Verwendungsnachweis gemachte Angaben subventionserheblich sind. Falsche Angaben insoweit können eine Strafbarkeit gemäß § 264 StGB begründen und zur Rückforderung der Zuwendung führen.)

---

Ort, Datum

---

Stempel des BtV/ Unterschrift des Vertretungsberechtigten