

Antrag auf Zuwendung aus der Richtlinie des Sächsischen Staatsministeriums der Justiz zur Förderung von Querschnittsaufgaben der Betreuungsvereine vom 29.10.2015 (FRL); zuletzt geändert mit Richtlinie vom 05.12.2018

1. Name/Anschrift Betreuungsverein (BtV)

2. Wir beantragen die Bewilligung einer Zuwendung gemäß o. g. FRL für das Kalenderjahr

Zuwendung Fachkraft (Personal- u. Sachkosten) = Grundförderung (V.3. der FRL)	Zuwendung für neu geworbene und von der örtlichen Betreuungsbehörde bestätigte ehrenamtliche (ea) Betreuer außerhalb des familiären Umfeldes + Ausnahme Eltern für volljährig gewordenes Kind (V.4. der FRL)	Zuwendung für Beratung und Begleitung jeder <u>über Ziffer IV.9 hinausgehenden</u> ehrenamtlichen Betreuung und (potentielle) Vorsorgevollmächtigung (V.5. der FRL)
mindestens 0,35 VZÄ für QA; entspricht 14 h/Woche → max. 15.000 EUR	pro ea Betreuer 350 EUR → max. 3.500 EUR	Fallpauschale i. H. v. 100 EUR → max. 1.000 EUR
_____ €	Anzahl ea Betreuer: _____ _____ €	Anzahl Betreuungen/ Vorsorgevollmachten: _____ _____ €
Gesamtsumme: _____ € (Ziffer V.3-V.5 der FRL)		

3. Der Zuwendungsbetrag soll überwiesen werden auf das Konto

Kontoinhaber:	
Kreditinstitut:	
IBAN:	
BIC:	

4. hauptamtliche Mitarbeiter im BtV/berufliche Betreuungen

- insgesamt: _____
- davon Vereinsbetreuer: _____
- **Anzahl beruflich geführter Betreuungen:** _____
(Stand 31.12. des Vorjahres)
- **Fachkraft für Querschnittsaufgaben (QMA):**

Name, Vorname	Qualifikation (anerkannte Berufs- und 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 (ea) tätig seit:	wöchentliche Arbeitszeit als QMA in Stunden

(Bitte Nachweise über die Geeignetheit der/s QMA in Kopie beilegen)

5. Wir erklären, dass den Mitarbeitern des BtV im Förderzeitraum eine den Erfordernissen entsprechende Fort- und Weiterbildung, insbesondere bei auftretenden Änderungen der Rechtslage, ermöglicht wird.

ja

nein

6. Wir erklären, dass ständig ein fachlich geeigneter Vertreter des BtV im Förderzeitraum in der örtlichen Arbeitsgemeinschaft für Betreuungsangelegenheiten nach § 2 Abs. 1 Nr. 6 AGBtR mitwirken wird.

ja

nein

7. Wir erklären und belegen mittels Anlage, dass für den Förderzeitraum eine angemessene Haftpflichtversicherung für die Mitarbeiter des BTV gemäß § 1908 f BGB besteht.

ja

nein

8. Wir erklären, dass im Förderzeitraum regelmäßige Öffnungszeiten des BtV mit Angeboten zur Beratung und Information über rechtliche Betreuung, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen i. H. v. mindestens 10 Stunden pro Woche durch den/die geförderte(n) QMA gewährleistet werden.

ja

nein

geplante regelmäßige Öffnungszeiten:

Information und Beratung durch QMA	Uhrzeit von- bis	Stundenzahl
montags		
dienstags		
mittwochs		
donnerstags		
freitags		
Wochenstunden gesamt:		

9. geplante Maßnahmen im Förderzeitraum zur Sicherstellung der Querschnittsarbeit

- 2 öffentliche Veranstaltungen zur Gewinnung von ea Betreuern

Nr	Datum	Ort	Thema und Referent	a) Datum Bekanntmachung	Teilnehmerkreis
				b) Medium Bekanntmachung	
1					
2					

- **2 öffentliche Veranstaltungen zur Einführung, Beratung und Fortbildung ea Betreuer und Vorsorgebevollmächtigter**

Nr.	Datum	Ort	Thema und Referent	a) Datum der Bekanntmachung b) Medium der Bekanntmachung	Teilnehmerkreis
1					
2					

- **2 öffentliche Veranstaltungen zur Information über Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen**

Nr.	Datum	Ort	Thema und Referent	a) Datum der Bekanntmachung b) Medium der Bekanntmachung	Teilnehmerkreis
1					
2					

- **monatliche Veranstaltungen zum Erfahrungsaustausch im Betreuungsrecht für die Mitarbeiter des BtV**

Datum	Ort	Form	Teilnehmerzahl

**10. Wir erklären, dass der BtV im Förderzeitraum ehrenamtliche Betreuer und/oder (potentielle) Vorsorgebevollmächtigte bei der Führung ehrenamtlicher Betreuungen bzw. Vorsorgebevollmächtigungen berät und laufend fachlich begleitet.
(Ziffer IV Nr. 9 der FRL)**

ja

nein

Nachweisführung zu den erforderlichen ehrenamtlichen Betreuungen/(potentiellen) Vorsorgebevollmächtigungen i. R. d. Ziffer IV.9 FRL (Staffelung beachten!)

	Vor- u. Nachname des ea Betreuers/ (potentiellen) Vorsorgevollmachtnehmers	gerichtliches Aktenzeichen der ea Betreuung; Beratungs-/Ausstellungsdatum Vorsorgevollmacht	Bezeichnung Betreuungsgericht oder Vor- u. Nachname des Vorsorgevollmachtgebers
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Zusätzlich kann für maximal 10 Fälle die Förderung nach Ziffer V.5 der FRL beantragt werden. Die Angabe dieser zusätzlichen Fälle erfolgt erst im Verwendungsnachweis.

11. Darstellung/Sicherstellung der Gesamtfinanzierung (Planung für das Förderjahr)

• **Einnahmen** (in €/Kalenderjahr):

- Mittel der Arbeitsförderung: _____
 - beantragte/bewilligte Zuwendungen
(unabhängig von der Förderung gem. der FRL v. 29.10.2015 - Bitte Bescheid in Kopie beifügen!)
 - durch kreisfreie Stadt: _____
 - durch Landkreis: _____
 - durch _____: _____
 - beantragte Zuwendung für Querschnittsaufgaben:
(gesamt inkl. kommunale Kofinanzierung gem. FRL v. 29.10.2015) _____
 - Spenden, Mitgliedsbeiträge, Bußgelder: _____
 - Einnahmen aus Vergütung/Aufwendungsersatz: _____
 - sonstige Eigenmittel: _____
- Summe Einnahmen:** _____

• **Ausgaben** (in €/Kalenderjahr):

- Personalkosten: (gesamt; inkl. AG-Anteil): _____
 - Sachkosten (gesamt): _____
davon
 - Miete/NK: _____
 - Geräte/Ausstattung: _____
 - Büromaterial: _____
 - Reisekosten BtV: _____
 - Reisekosten i.R.d. Betreuungsführung: _____
 - Porto/Telefon BtV: _____
 - Porto/Telefon i.R.d. Betreuungsführung: _____
 - Versicherungen: _____
 - Fortbildung: _____
 - Sonstige: _____
- Summe Ausgaben:** _____

Wir erklären, dass die Gesamtfinanzierung des BtV im Förderzeitraum gesichert ist.

ja

nein

12. Darstellung der Einnahmen/Ausgaben im Rahmen der Querschnittsaufgaben (Planung)

• **Einnahmen** (in €/Kalenderjahr):

- Mittel der Arbeitsförderung für QMA: _____
- beantragte Zuwendung für Querschnittsaufgaben:
(gesamt inkl. kommunale Kofinanzierung gem. FRL v. 29.10.2015) _____
- beantragte/bewilligte Zuwendungen für Querschnittsaufgaben
(unabhängig von der Förderung gem. der FRL v. 29.10.2015 - Bitte Bescheid in Kopie beifügen!)
 - durch kreisfreie Stadt: _____
 - durch Landkreis: _____
 - durch _____: _____

Summe Einnahmen: _____

• **Ausgaben** (in €/Kalenderjahr):

- Personalkosten i. R. d. Querschnittsarbeit:
(Personalkosten inkl. AG-Anteil für 35% VZÄ des/der QMA) _____
- Sachkosten i. R. d. Querschnittsarbeit: _____

Summe Ausgaben: _____

14. Nachweis zum Einvernehmen (VI.1.) der örtlichen Betreuungsbehörde und zur Abstimmung Einzugsbereich(e) (IV.3.) mit dem beantragenden BtV

Die örtliche Betreuungsbehörde des Landkreises/der kreisfreien Stadt _____

erklärt

- mit ihrer Unterschrift ihr Einverständnis zur Förderung der Querschnittsaufgaben des anerkannten Betreuungsvereins

(Name des Betreuungsvereins)

für das Kalenderjahr **2020**, sofern die Prüfung des KSV Sachsen ergibt,

dass alle Zuwendungsvoraussetzungen gemäß der Förderrichtlinie vom

29.10.2015, zuletzt geändert mit RL v. 05.12.2018, bei dem antragstellenden BtV vorliegen.

- , dass folgende(r) Einzugsbereich(e) (nach Amtsgerichtsbezirk) mit dem antragstellenden BtV abgestimmt wurde(n): _____

Ort, Datum

Stempel der Behörde/Unterschrift des Vertretungsberechtigten

Der oben genannte BtV versichert mit seiner Unterschrift die Richtigkeit seiner Antragsangaben.

(Es wird darauf hingewiesen, dass im Antragsvordruck und in anderer Weise im Zusammenhang mit dem Antrag gemachte Angaben subventionserheblich sind. Falsche Angaben insoweit können eine Strafbarkeit gemäß § 264 StGB begründen.)

Ort, Datum

Stempel des BtV/Unterschrift des Vertretungsberechtigten