



An

Bayerisches Landesamt für Pflege  
- Referat 32 -  
Mildred-Scheel-Straße 4  
92224 Amberg

## Auszahlungsantrag für Zuwendungen

**Teilzahlung  
Abschlusszahlung**

### 1. Antragstellende Einrichtung / Person (Zuwendungsempfänger/-in)

Firma / Name, Vorname

Anschrift (Straße Hausnummer, PLZ Ort)

Geldinstitut

IBAN

Vertretungsberechtigte Person / Personen (Name, Vorname)

E-Mail-Adresse

Telefon-Nr.

Zahlungsempfänger/-in identisch mit Zuwendungsempfänger/-in

Ja falls Nein bitte abweichende Angaben:

### 2. Fördergegenstand (siehe Zuwendungsbescheid)

Projektkennziffer:

Datum Zuwendungsbescheid:

Bewilligte Zuwendung (€):

Zuwendungsfähige Ausgaben (€):

Fördersatz als Dezimalzahl  
(bspw. 0,9 entspricht 90%):



#### **4. Änderungen im Projektablauf**

Eingetreten:

Ja          Nein

*(Falls ja, bitte in diesem Textfeld begründen - 1.000 Zeichen mgl.)*

#### **5. Erklärungen und Hinweis**

**Ich bzw. wir erklären:**

- Das bewilligte Projekt wurde bzw. wird entsprechend den Regelungen des Zuwendungsbescheids durchgeführt und die ANBest-P bzw. ANBest-K beachtet.
- Die zur Auszahlung beantragte Zuwendung wird ausschließlich für den im Zuwendungsbescheid festgesetzten Zweck verwendet.

Mir / uns ist die Mitteilungspflicht aus Nr. 5 ANBest-P bzw. ANBest-K bekannt.

Ort, Datum

Vertretungsberechtigte Person / Personen  
Name(n), Vorname(n)