

# Antrag auf Zuschuss nach dem kirchlichen Jugendplan



Bischöfliches Generalvikariat  
ZB 1.6 Jugend  
Postfach 1340  
54203 Trier

Nur vom BGV auszufüllen							
Nach Ziffer 3. _____ der Richtlinien werden für							
	TN		Päd. Kräfte		Juleica		Gesamt
			Tag/Tage		Tag/Tage		Tag/Tage
			€ pro Tag		€ pro Tag		€ pro Tag
			€ bewilligt		€ bewilligt		€ bewilligt
							€ insgesamt bewilligt
							€ Differenz bewilligt

Antragsteller (Träger der Maßnahme)
Institution
Name   Vorname
Straße   Hausnummer
PLZ   Ort
E-Mail
Telefon

Art der Maßnahme
1. Religiöse Bildung und Maßnahmen der Gemeindekatechese <input type="checkbox"/>
2. Maßnahmen im Bereich der Schul- und Jugendpastoral <input type="checkbox"/>
3. Qualifizierung und Schulung von Ehrenamtlichen <input type="checkbox"/>
4. Soziale Bildung und Freizeiten <input type="checkbox"/>
5. Innovative oder modellhafte Maßnahmen <input type="checkbox"/>

Bankverbindung
Bank
IBAN
BIC
Konto-Inhaber
Innenauftrag (bei interner Verrechnung)

Ort der Durchführung
Datum: vom _____ bis _____
Uhrzeit: von _____ bis _____
<b>Teilnehmende gesamt</b>
davon männlich, weiblich und divers
Betreuungskräfte   pädagogische Kräfte
davon mit gültigem Juleica-Nachweis

Zuschüsse werden nicht an Privatpersonen überwiesen

Ausgaben	Betrag
Unterkunft und Verpflegung	
Fahrtkosten	
Referentenkosten (Honorar, Fahrtkosten)	
Sonstige Kosten (Miete, Arbeitsmaterial u.ä.)	
<b>Summe der Ausgaben</b>	

Einnahmen	Betrag
zu erwartende Zuschüsse (nicht Zuschuss des Bistums)	
Teilnahmebeiträge	
Sonstige Einnahmen	
<b>Summe der Einnahmen</b>	

<b>Ungedeckte Kosten</b>	
--------------------------	--

## Bestätigung

1. Die Maßnahme wurde in der angegebenen Zeit mit beigefügtem Programm und mit den aufgeführten teilnehmenden Personen durchgeführt.
2. Der Antragsteller erkennt die Richtlinien vom 01.01.2023 zum Kirchlichen Jugendplan an.
3. Der beantragte Zuschuss wird ausschließlich für die angegebene Maßnahme verwendet. Die Auszahlung erfolgt nur bis zur Höhe des Defizits.

Für die Richtigkeit der Angaben

Ort | Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Leiter\*in der Maßnahme \_\_\_\_\_

Bestätigung bei auswärtiger Unterbringung

Ort | Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift und Stempel Hausleitung \_\_\_\_\_



# Liste der Teilnehmenden



Nr.	Name	Vorname	PLZ   Wohnort	m   w   d	Alter	Unterschrift
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

# Liste der Teilnehmenden



Nr.	Name	Vorname	PLZ   Wohnort	m   w   d	Alter	Unterschrift
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						

# Liste der Betreuungskräfte



Nr.	Name	Vorname	PLZ   Wohnort	m   w   d	Juleica	Alter	Unterschrift
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							