

Anlage 2

urschriftlich zurück an:



Rheinland-Pfalz

LANDESAMT FÜR SOZIALES,
JUGEND UND VERSORGUNG

**Landesamt für Soziales,
Jugend und Versorgung
Abteilung 6
Referat 64
Rheinallee 97-101
55118 Mainz**

Absender:
(Vollständiger Name und Adresse des Antragstellers)

Ort _____

Datum _____

Antrag

AZ.: 64-4461 - _____

**zur Förderleitlinie zur Sicherstellung einer landesweiten Basisversorgung
an Gebärdensprachdolmetschleistungen für hörbehinderte Menschen in
Rheinland-Pfalz (FLL GSD)**

Ich / Wir beantrage/n im Rahmen der FLL GSD für die Beschäftigung und den Einsatz
des/der folgenden Gebärdensprachdolmetscher/s/-dolmetscherin/-innen bzw. der sich
in Ausbildung befindenden Person/en

(Name, Vorname)

(Name, Vorname)

(Name, Vorname)

einen Kostenzuschuss.

Die voraussichtlich entstehenden Kosten sind in diesem Antrag dargestellt. Sofern
erforderlich, werden sie durch gesonderte Unterlagen erläutert. Diese sind dann dem
vorliegenden Antrag ebenfalls beigefügt bzw. werden umgehend nachgereicht.

Kostenaufstellung der voraussichtlichen Gesamtkosten verteilt auf die

betreffenden Haushaltsjahre (01.01.-31.12.):

(Darstellung der Kosten pro Haushaltsjahr; falls anteilig, bitte betreffenden Zeitraum angeben; sofern erforderlich, bitte erläutern)

1. Ausgaben

(*Zutreffendes bitte ankreuzen)

| <input type="checkbox"/> * Förderung von GSD-Stellen | | | | | | |
|---|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Name | GSD ja / nein | 2023 € | 2024 € | 2025 € | 2026 € | Summen € |
| Personalkosten | | | | | | |
| 1. | | | | | | |
| 2. | | | | | | |
| 3. | | | | | | |
| Summen | | | | | | |
| Reisekosten | | | | | | |
| 1. | | | | | | |
| 2. | | | | | | |
| 3. | | | | | | |
| Summen | | | | | | |
| Sachkosten | | | | | | |
| 1. | | | | | | |
| 2. | | | | | | |
| 3. | | | | | | |
| Summen | | | | | | |
| Overheadkosten | | | | | | |
| 1. | | | | | | |
| 2. | | | | | | |
| 3. | | | | | | |
| Summen | | | | | | |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| Art | 2023 € | 2024 € | 2025 € | 2026 € | Summen € |
| Sonstige Kosten (nach Art getrennt) | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Summen | | | | | |
| Gesamtsummen | | | | | |

| <input type="checkbox"/> * Förderung der Ausbildung zum GSD | | | | | Gesamtsummen Abschlussjahr: |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | 2023 € | 2024 € | 2025 € | 2026 € | Summen € |
| Name: | | | | | |
| Anmeldegebühr | | | | | |
| Studiengebühr | | | | | |
| Prüfungsgebühr | | | | | |
| Summen | | | | | |
| Sonstige Kosten (nach Art getrennt) | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Summen | | | | | |
| Name: | | | | | |
| Anmeldegebühr | | | | | |
| Studiengebühr | | | | | |
| Prüfungsgebühr | | | | | |
| Summen | | | | | |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| Art | 2023 € | 2024 € | 2025 € | 2026 € | Summen € |
| Sonstige Kosten (nach Art getrennt) | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Summen | | | | | |
| Gesamtsummen | | | | | |

(Bitte bei abgeschlossenen Ausbildungen in der Überschrift zu Spalte 6 das Abschlussjahr eintragen.)

2. Einnahmen

Zur Finanzierung stehen folgende Mittel zur Verfügung:

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| Art | 2023 € | 2024 € | 2025 € | 2026 € | Summen € |
| Leistungen Dritter (ohne öffentliche Förderung) | | | | | |
| Bewilligte öffentliche Förderung durch | | | | | |
| Bewilligte öffentliche Förderung durch | | | | | |
| Sonstige (bitte näher erläutern): | | | | | |
| Leistungen des Landes im Rahmen der FRL GSD | | | | | |
| Eigenanteil | | | | | |
| Summen | | | | | |
| Gesamtsummen | | | | | |

Die weiteren im Rahmen der Förderleitlinie GSD erforderlichen Unterlagen sind

diesem Antrag beigelegt.

werden umgehend nachgereicht.

Ich bin / Wir sind darüber informiert, dass eine Bearbeitung dieses Antrags erst nach Vorliegen aller notwendigen Unterlagen erfolgt.

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der in diesem Antrag gemachten Angaben wird versichert.

Ich / Wir bitte/n um Überweisung an

Kontoinhaber _____

Bank _____

IBAN _____

BIC _____

(Name, Vorname, ggf. der gesetzlichen Vertretung)

(Unterschrift, ggf. der gesetzlichen Vertretung)