\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Antragsteller Ort, Datum

**Regierungspräsidium Kassel  
Dezernat 57  
34112 Kassel**

**Antrag auf Förderung eines Familienzentrums 2023**

**Allgemeine Angaben zum Antrag**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kontaktdaten** | Einrichtung | | Träger |
| Name und Anschrift  Telefon und E-Mail |  | |  |
| Ansprechperson |  | |  |
| Bankverbindung des Antragstellers  Bank  IBAN  BIC |  | | |
| **Kontaktdaten Kommune und/oder Landkreis** | | | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ihre Einrichtung wurde bereits als Familienzentrum gefördert.** | Ja | Nein |
| **Falls ja, wann?** |  | |
| **Es wird die Gewährung einer Zuwen-dung für folgenden Zweck und folgendes Ziel beantragt:** |  | |

1. **Fördervoraussetzungen nach Ziffern 2.1.1 bis 2.1.7 der Fach- und Fördergrundsätze für Familienzentren**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Förderzeitraum (von – bis)** |  | |
| 1. **Bei Neuantrag: Mit der Maßnahme wurde schon begonnen.** | Ja | Nein |
| 1. **Die Arbeit als Familienzentrum erfolgt auf der Grundlage eines Konzeptes und der Bedarfslage im Sozialraum sowie nach Ziff 2.1.1. der Fach- und Fördergrundsätze (bietet Angebote einer ganzheitlichen familienbezogenen Infrastruktur an oder entwickelt diese weiter).** | Ja | Nein |

1. **Beschreiben Sie bitte die wichtigsten Eckpunkte Ihres Konzeptes „Familienzentrum“ (max. ½ DIN A 4 Seite):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Es werden Vernetzungs- und Kooperationsprozesse auf vertraglicher Basis initiiert.** | Ja | Nein |
| **Hierbei handelt es sich um:** | | |
| 1. **Die Arbeit erfolgt auf der Basis des Hessischen Bildungs- und Erziehungsplanes.** | Ja | Nein |
| 1. **Es wird mit Akteuren im Stadtteil zusammen gearbeitet.** | Ja | Nein |
| **Hierbei handelt es sich um:** | | |
| 1. **Das Familienzentrum wird durch eine pädagogische, soziale oder andere qualifizierte Fachkraft geleitet.** | Ja | Nein |
| **Bitte Aussagen zu: Qualifikation Stundenanteil Eingruppierung   der Fachkraft für das Projekt „Familienzentrum“.** |  | |
| 1. **Ausreichende Räumlichkeiten sind vorhanden.** | Ja | Nein |
| **Anzahl und Größe von Räumen und Funktionsräumen:** | | |
| 1. **Das hauptamtliche Personal wird regelmäßig qualifiziert (Nachweis ist mit dem Verwendungsnachweis zu erbringen).** | Ja | Nein |
| **Anzahl und Umfang der geplanten Qualifizierungsmaßnahmen:** | | |

1. **Fördervoraussetzungen nach Ziffern 2.2.1 bis 2.2.3 der Fach- und Fördergrundsätze für Familienzentren**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Ab Förderbeginn werden Angebote in den unter Ziffer 1.1 der Fach- und Fördergrundsätze genannten Handlungsfeldern mit einem generationenübergreifenden Ansatz bereitgehalten.** | Ja | Nein |
| **Hierbei handelt es sich um folgende Angebote:** | | |
| 1. **Angebote richten sich mindestens an Familien, Kinder, Jugendliche, Senioren und Paare, Alleinstehende als Zielgruppe.** | Ja | Nein |
| 1. **Angebote finden statt als Kurse, offene Treffs, Veran-staltungen, Informations-, Beratungs- und Kinderbetreuungsangebote (hierunter fallen nicht die regelhaften Angebote einer Kindertagesstätte), Mittagstisch, Ferienangebote.** | Ja | Nein |
| **Hierbei handelt es sich um folgende Angebote und wie oft finden diese statt:** | | |
| 1. **Angebote finden regelmäßig an mindestens 3 Tagen der Woche zu familienfreundlichen Öffnungszeiten statt und umfassen mindestens 6 Kurse, Informationen, Veranstaltungen etc. (mit je 2 Unterrichtseinheiten á 45 Min.).** | Ja | Nein |
| **Wochentage/Öffnungszeiten (Detaillierte Aufstellung/Auflistung der Angebote mit Angabe der Wochentage):** | | |
| 1. **Durch die Angebote werden alle Zielgruppen nach Ziff. 2.2.1 erreicht.** | Ja | Nein |
| **Falls nein, bitte Begründung:** | | |

1. **Ergänzende Leistungen, Kooperations- und Vernetzungsangebote nach Ziffer 3 der Fach- und Fördergrundsätze für Familienzentren**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Angebote bzw. Vernetzung mit Angeboten zur Ehe-, Lebens-beratung (evtl. Trennungs- und Scheidungsberatung, Schwangerschaftskonfliktberatung, Schuldnerberatung etc.) und Sozialberatung.** | Ja | Nein |
| **Hierbei handelt es sich um:** | | |
| 1. **Vernetzung mit Familienservicebüros, Bündnisse für Familie etc., Verknüpfung und Vernetzung mit Angeboten der Kindertagesbetreuung einschließlich Kindertagespflege.** | Ja | Nein |
| **Vernetzt mit:** | | |
| 1. **Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst, niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten, Hebammen, Frühförderungsstellen, Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention.** | Ja | Nein |
| **Zusammenarbeit mit:** | | |
| 1. **Informationsangebote zum Einstieg und Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt, Kooperationen mit dem Jobcenter oder der Arbeitsagentur.** | Ja | Nein |
| **Weitere Infos hierzu:** | | |
| 1. **Kooperationen mit Verbänden von und für Menschen mit Behinderungen.** | Ja | Nein |
| **Mit welchen Verbänden:** | | |

1. **Finanzierung**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Für den Betrieb des Familien-zentrums werden andere Förderungen gewährt.**   **Höhe der Mittel bitte im Kosten- und Finanzierungsplan aufführen.** | Ja | Nein | |
| **Falls ja, durch wen:** | | | |
| 1. **Der Antragsteller ist allgemein oder für das betreffende Vorhaben zum Vorsteuerabzug nach § 15 des Umsatzsteuergesetzes berechtigt.**   **Falls ja, sind im Kosten- und Finanzierungsplan, die sich aus dem Vorsteuerabzug (§ 15 UStG) ergebenden Vorteile auszuweisen und von den zuwendungsfähigen Ausgaben abzusetzen.** | Ja | | Nein |
| 1. **Angaben darüber, in welcher Weise die Mittel beim Antragsteller selbst verwaltet werden, insbesondere, wie die Verantwortlichkeiten geregelt sind und welches Buchführungssystem angewendet wird.** | | | |

1. **Ergänzungen zum Antrag**

|  |
| --- |
| **Ergänzende Angaben:** |

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben wird bestätigt.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ort, Datum (Rechtsverbindliche Unterschrift)**

**Einwilligungserklärung zur Weitergabe personenbezogener Daten an die Landesservicestelle Familienzentren in Hessen**

**Bitte kreuzen Sie bei Einwilligung folgendes Kästchen an:**

**Ich willige ein, dass die personenbezogenen Daten (abgefragte Kontaktdaten von Seite 1 – Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail Adresse und Ansprechpersonen, der Einrichtung und des Trägers) an die Landesservicestelle Familienzentren in Hessen, Darmstädter Straße 100, 64625 Bensheim weitergegeben werden, damit ich über Veranstaltungen, Fachtagungen, Qualifikationen und interessante Neuigkeiten informiert werden kann.**

**Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Den Widerruf können Sie per Mail an:** [**familie@hsm.hessen.de**](mailto:familie@hsm.hessen.de)**, per Post an „Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, Sonnenberger Straße 2/2a, 65193 Wiesbaden“ oder per Fax an 0611 32719 3700 senden. Vor Ihrem Widerruf durchgeführte Datenverarbeitung auf Grundlage dieser Einwilligung bleiben weiterhin rechtmäßig.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ort, Datum (Rechtsverbindliche Unterschrift)**

**Kurze Stellungnahme der zuständigen Kommune bzw. des zuständigen Landkreises (falls Antragsteller selbst eine Kommune ist). Die Stellungnahme ist auch bei Folgeantragstellung zwingend erforderlich und jährlich abzugeben:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ort, Datum Unterschrift**

**Finanzierungsplan**

**Hinweis: Die Auflistung der einzelnen Positionen ist nicht veränderbar**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Position** | **Erläuterung** | **2023** |
| Personal- und Sachausgaben\* | | |
| Personalausgaben\* – Stelle 1 | Eingruppierung, Stufenzuordnung, Tarifvertrag, Wochenstunden, Arbeitgeberbrutto | € |
| Personalausgaben\* – Stelle 2 |  | € |
| Kommunikationsausgaben | z.B.: IT, Telefon | € |
| Büro- und Verbrauchsmaterial | z. B.: Stifte, Papier | € |
| Kopie- und Druckausgaben |  | € |
| Öffentlichkeitsarbeit | z. B. Druck, Flyer, Porto, Homepage | € |
| Miete | inkl. Mietnebenkosten, wie z. B. Strom | € |
| Reisekosten |  | € |
| Fachliteratur |  | € |
| Fortbildungsausgaben der Personalstelle/n |  | € |
| Honorarausgaben | Stundensatz, Wochenstunden, Art der Tätigkeit, Qualifikation | € |
| Aufwandsentschädigung | Art & Umfang der Tätigkeit; wer übt Tätigkeit aus, Höhe der Entschädigung, Reisekosten | € |
| Qualifikationsausgaben | für wen (z.B. ehrenamtliche Stundensätze)) | € |
| **Gesamtausgaben** |  | € |
| **Finanzierung durch:** | * Eigenanteil des Projektträgers, Spenden, Teilnehmerbeiträge, Kreditfinanzierung etc. * Drittmittel: Kommunale Mittel, Bundesmittel, weitere öffentl. Mittel; Mittel, die von anderer Stelle für den gleichen Zweck beantragt wurden etc. * Beantragte Landeszuwendung | €       €       € |
| **Gesamteinnahmen** |  | € |

\* ohne personenbezogene Daten, wie z.B. Namen, Geburtsdatum