

**Antrag auf Fördermittel aus dem „Innenstadtfonds“**  
im Rahmen des Förderprogramms 'Aktive Stadtzentren' (ASZ) der Stadt Bad Liebenwerda

Stadt Bad Liebenwerda Markt 1 04924 Bad Liebenwerda	Eingangsdatum Stadt:  Antragsnummer:
---	--

**1. Antragsteller:**

Name, Vorname: .....

Anschrift: .....

Institution / Verein / Initiative: .....

Telefonnummer / Mail: .....

Bankverbindung: .....

IBAN .....

BIC .....

**2. Bezeichnung und Ziele der Maßnahme / des Projektes:**

Kurzbeschreibung / Inhalte (ggf. als Anlage beifügen):

.....  
.....  
.....  
.....

Durchführungszeitraum:

.....

Nutzen der Maßnahme / erwartete Effekte zur Innenstadtstärkung:

.....  
.....  
.....

Beabsichtigte Öffentlichkeitsarbeit zur Maßnahme:

.....  
.....

**3. Kosten und Finanzierung der Maßnahme / des Projektes:**

Höhe der Gesamtkosten (Bitte mind. 2 Angebote einholen und beifügen):

Gewerk/Titel/Leistung	Firma/Baubetrieb	Gesamtsumme/Brutto

Eigenleistungen:

.....  
.....

Leistungen, die durch Dritte erbracht werden

.....  
.....

**4. Erklärung des Antragstellers:**

Ich/wir erkläre(n), dass

- der Zuschuss nur zur Durchführung der beantragten Maßnahme verwendet und nicht an Dritte abgetreten wird,
- mir / uns bekannt ist, dass kein Rechtsanspruch auf die Bewilligung von Fördermitteln besteht,
- die in diesem Antrag gemachten Angaben vollständig und richtig sind,
- für die beantragte Maßnahme eine / keine Vorsteuerabzugsberechtigung besteht (nicht zutreffendes bitte streichen)
- ich / wir den korrekten und belegten Nachweis zur Verwendung des Zuschusses spätestens 2 Monate nach Vorhabenabschluss führen werde(n),
- mir / uns bekannt ist, dass die Fördermittel einer Zweckbindung unterliegen und die Inanspruchnahme der Zustimmung eines lokalen Gremiums sowie einer separaten vertraglichen Vereinbarung mit der Stadt Bad Liebenwerda bedarf
- mir / uns bekannt ist, dass sich gemäß § 263 bzw. § 264 Strafgesetzbuch strafbar macht, wer zur Erlangung von Fördermitteln falsche Angaben macht.

.....  
Ort, Datum:

.....  
Unterschrift:

**Empfehlung bzw. Entscheid ASZ-Beirat:**

Datum: