



**Kreis Steinfurt**  
**- Amt für Soziales und Pflege-**  
**Herr Garmann**  
**Tecklenburger Str. 10**  
**48565 Steinfurt**

**Nachweis für die Verwendung eines Zuschusses für Selbsthilfegruppen**  
**für das Jahr \_\_\_\_\_**

Der Nachweis muss bis spätestens zum 31. Januar des Folgejahres nach Auszahlung des Zuschusses erbracht werden.

**1. Angaben zur Selbsthilfegruppe**

Name: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner/-in: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**2. Bewilligung**

Bewilligung vom : \_\_\_\_\_

Zuwendungsbetrag: \_\_\_\_\_

Wir versichern durch Unterschrift, die Zuschüsse zweckgebunden und unter Berücksichtigung von Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit verwendet zu haben. Zuschüsse anderer Sozialleistungsträger haben wir vorrangig in Anspruch genommen und mindern die förderwürdigen Kosten.

- Die nicht verbrauchten Mittel überschreiten einen Betrag von 50,00 € nicht.
- Die nicht verbrauchten Mittel überschreiten einen Betrag von 50,00 € um \_\_\_\_\_ €.

Dieses Betrag werden wir an den Kreis Steinfurt unter Angabe „Rückzahlung Selbsthilfeförderung, 50/1“ und Angabe des Gruppennamens zurückzahlen.

Bank: Kreissparkasse Steinfurt  
IBAN: DE 06 4035 1060 0000 0003 31  
BIC: WELADED1STF

oder

VR-Bank Kreis Steinfurt eG  
IBAN: DE74 4036 1906 4340 3002 00  
BIC: GENODEM1IBB

Belege zum Nachweis der Mittelverwendung bewahren wir 4 Jahre lang auf und legen sie auf Anforderung vor.

.  
.  
.

**SSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSS**

Ort, Datum

.  
.  
.  
.  
.

**SSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSS**

1. Unterschrift

(Vertretungsberechtigtes Mitglied)

.  
.

**SSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSSS**

2. Unterschrift