

# VERFÜGUNGSFONDS SOZIALE GESUNDE STADT BÜRSTADT

---

## DOKUMENTATION DES PROJEKTS

An das



Bürgermeister-Siegler-Straße 29  
68642 Bürstadt

### 1. Antragstellende Person/Gruppe/Institution

Name:

Ansprechpartner/in:

Straße + Hausnr.:

PLZ + Ort:

Telefon:

E-Mail:

### 2. Name des Projekts

### 3. Kooperationspartner/innen im Projekt

Name der Person/Gruppe/Institution mit Ansprechpartner/in und Aufgabe/Funktion im Projekt

### 4. Vorgesehener Zeitraum

(von - bis)



**5. Inhalt, Konzept, Arbeitsformen des Projekts**  
(max. 2.500 Zeichen)



## 7. Kosten

Gesamtkosten des Projekts:

---

Davon:

Abzüglich:

- » Einnahmen
- » Andere Finanzierungen
- » Eigenbeteiligung

---

---

---

**Zuschuss (max. 1.000 €):**

---

Nichtfinanzielle Eigenleistungen:

Anlagen:

- » verbindlich: Kopien der Belege für die Projektausgaben (Quittungen, Rechnungen etc.)
- » Falls vorhanden/möglich: Unterlagen zum Projekt (z.B. Flyer, Fotos etc.)

---

Datum, Antragsteller/in (Unterschrift)