

Sächsisches Staatsministerium  
der Justiz  
Referat I.4a  
Hospitalstraße 7  
01097 Dresden

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

**Zutreffendes bitte ankreuzen (x) oder ausfüllen**

## Auszahlungsantrag

### 1. Antragsteller

Name \_\_\_\_\_

Anschrift            Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_

Bankverbindung    Kontonummer \_\_\_\_\_

Bankleitzahl \_\_\_\_\_

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

Auskunft erteilt:    Name, Telefon-Durchwahl \_\_\_\_\_

### 2. Maßnahme (Bezeichnung wie im Zuwendungsbescheid)

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

### 3. Beginn der Maßnahme

voraussichtliche       tatsächliche Beendigung \_\_\_\_\_

### 4. Erklärungen

Auf die Einlegung eines Rechtsbehelfs gegen den Zuwendungsbescheid wird verzichtet.

Eine Klage gegen den Zuwendungsbescheid wurde vor dem Verwaltungsgericht nicht erhoben.

**5. Bewilligungen und bisherige Auszahlungen**

Zuwendungsbescheid	Datum	Zuwendungsbereich Aktenzeichen
a)		
b)		
c)		

Bewilligter Betrag EUR	Prozentsatz	davon ausbezahlt	
		Zuweisung EUR	Darlehen EUR
a)			
b)			
c)			

**6. Nunmehr beantragte Auszahlung**

Zuwendungsbereich	Zuweisung EUR	Darlehen EUR
a)		
b)		
c)		

**7. Veranschlagte Ausgaben**

7.1 Gesamtausgaben laut Antrag \_\_\_\_\_ EUR

7.2 davon zuwendungsfähig laut Bescheid \_\_\_\_\_ EUR

**8. Kostenanfall**

	Gesamtkosten (Ausgaben, die mit dem Zweck im Zusammenhang stehen)	davon zuwendungsfähig (erforderlichenfalls geschätzt)
8.1 Bisher bezahlte Kosten	_____ EUR	
abzüglich Kosten, die Dritte zu tragen verpflichtet sind	_____ EUR	
verbleibender Betrag	_____ EUR	_____ EUR
8.2 Vorliegende unbezahlte Rechnungen	_____ EUR	_____ EUR
8.3 Innerhalb von zwei Monaten zu erwartende Rechnungen	_____ EUR	_____ EUR
8.4 Summe 8.1 bis 8.3	_____ EUR	_____ EUR
		das sind _____ Prozent von Nummer 7.2

\_\_\_\_\_  
Unterschrift