

Antrag für das Mikroprojekt (TK-Verfügungsfonds) Nr.: _____/_____

(Titel des Projekts)

1. Handlungsfelder: (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gesunde Ernährung | <input type="checkbox"/> Bewegung |
| <input type="checkbox"/> Gewaltprävention | <input type="checkbox"/> Beteiligung/Aktivierung |
| <input type="checkbox"/> Entspannung/Stressbewältigung | <input type="checkbox"/> seelische Gesundheit |
| <input type="checkbox"/> Suchtprävention | <input type="checkbox"/> Sonstige, nämlich _____ |

2. Zielgruppe: (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kinder bis 6 Jahre | <input type="checkbox"/> Migrant/innen |
| <input type="checkbox"/> Kinder von 6 bis 14 Jahre | <input type="checkbox"/> Mädchen |
| <input type="checkbox"/> Jugendliche von 14 bis 18 Jahre | <input type="checkbox"/> Jungen |
| <input type="checkbox"/> Junge Erwachsene von 18 bis 25 Jahre | <input type="checkbox"/> Multiplikatoren |
| <input type="checkbox"/> Senioren / ältere Menschen | <input type="checkbox"/> Menschen mit Behinderung |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | |

3. Projektbeschreibung: (Ziele, Inhalt/Konzept, Erreichbarkeit der Zielgruppen, Kooperationspartner, Ort, Zeitrahmen):

a) Ziele des Projekts sind: (Was soll am Ende des Projektes erreicht worden sein?)

b) Inhalte: (Worum geht es, was wird gemacht, was passiert im Projekt?)

c) Methodik: (Wie gehen Sie vor um die Projektziele zu erreichen?)

d) Nachhaltigkeit: (Trägt das Projekt zu einer dauerhaften Verbesserung bei?)

e) **weitere Projektziele:** (Gibt es neben den o.g. Zielen sekundäre Ziele, z.B. aus anderen Handlungsfeldern als Gesundheitsförderung?)

f) **weitere Projekthalte:** (Gibt es neben den o.g. Inhalten weitere Inhalte z.B. aus anderen Handlungsfeldern als Gesundheitsförderung?)

4. Der besondere Nutzen des Projekts für den Stadtteil ist:

5. Anzahl der Teilnehmer/innen:

6. Zeiten der Durchführung:

☐ Das Projekt umfasst mehrere Termine

☐ Einmalige Veranstaltung

Die Umsetzung erfolgt im Zeitraum vom _____ bis _____

voraussichtliche Termine: _____

7. Fachliche Qualifikation: (Qualifikation/ Ausbildung der Projektverantwortlichen Personen)

8. Kooperationspartner: (Findet das Projekt in Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen o. Institutionen statt?)

☐ Wir suchen noch einen geeigneten Kooperationspartner für unser Projekt.

9. Antragsteller:

Antragsteller/Träger: _____

Ansprechpartner/in: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

10. Voraussichtliche Gesamtkosten des Projektes:

Kostenaufstellung:

	€0,00		€0,00
	€0,00		€0,00
	€0,00		€0,00
	€0,00		€0,00
	€0,00		€0,00
	€0,00		€0,00
	€0,00		€0,00

GESAMTKOSTEN

€0,00

Abzgl. EIGENMITTEL / Drittmittel / Einnahmen

- €0,00

Beantragte Projektmittel

= €0,00

Sie können eine eigene Kostenaufstellung als Anlage beifügen. Einnahmen und Drittmittel bte. gesondert auflisten. Für alle Ausgaben werden Belege benötigt. Die Belege/Posten müssen eindeutig dem Projekt zuzuordnen sein!

11. Unterzeichnung

Ort, Datum

Unterschrift

12. Anlagen:

☐ zu 1 _____

☐ zu 2 _____

☐ zu 3 _____

☐ zu 4 _____

☐ zu 5 _____

☐ zu 6 _____

☐ zu 7 _____

☐ zu 8 _____

☐ zu 9 _____

☐ zu 10 _____