

An den

Kreisjugendring Segeberg e. V.

An der Trave 1 a

23795 Bad Segeberg

**Verwendungsnachweis**

für den Zuschuss für integrative Maßnahmen

**Träger der Maßnahme:**

|  |  |
| --- | --- |
| Träger/ Verband/ Gruppe |  |
| Anschrift und Telefonnummer |  |

Ich bestätige, dass die integrative Maßnahme in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (= \_\_\_\_\_ Verpflegungstage) mit \_\_\_\_\_ Teilnehmer\*innen aus dem Kreis Segeberg stattgefunden hat.

Als Vertreter\*in des oben genannten Trägers versichere ich die Richtigkeit der Angaben sowie die wirtschaftliche Verwendung der Mittel und dass es sich um eine integrative Maßnahmen (§11 JuFöG) im Sinne der Richtlinie des Kreises Segeberg handelt.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort Datum Unterschrift/Stempel

**Anlagen**:

1. Teilnehmer\*innen- und Betreuer\*innenliste ggf. mit Kennzeichnung der Teilnehmer\*innen mit „besonderem Handicap“ oder mit besonderen sozialen oder gruppen- und schichtspezifischen Problemen
2. Ggf. Belege der Handicaps (z. B. ärztl. Attest, Schwerbehindertenausweis)
3. Ggf. Sachbericht