# Löwe_farbigH:\PUBLIC\Breitband_ELER\Logo WIBank (farbig, klein).jpg

# Mittelanforderung *bitte per Email über* *distral@wibank.de* *einreichen*

Wirtschafts- und Infrastrukturbank Hessen
- rechtlich unselbstständige Anstalt in der

Landesbank Hessen-Thüringen Girozentrale

Kaiserleistraße 29-35
63067 Offenbach am Main

## Mittelanforderung für einen Zuschuss aus Mitteln des Landes Hessen

**Programm Distr@l**

**Projekt-Nr. (s. Zuwendungsbescheid) 493**

**Antrags-Nr. (s. Zuwendungsbescheid) 71**

**Zuwendungsbescheid vom**

**Zuwendungsempfänger**

|  |  |
| --- | --- |
| Höhe der Zuwendung für belegte Ausgaben, gemäß Belegliste | EUR |
| Zuwendung für voraussichtliche zuwendungsfähige Ausgaben für die nächsten 2 Monate, gemäß Belegliste | EUR |
| Projektbezogene Einnahmen (sofern zutreffend) | **-** | EUR |
| Ansatz der Zuwendung für voraussichtliche zuwendungsfähige Ausgaben für die nächsten 2 Monate des vorhergehenden Mittelabrufes (sofern zutreffend) | **-** | EUR |
| **Summe Zuwendung**, wir bitten um Überweisung in Höhe von  | EUR |

IBAN

BIC

Kontoinhaber

**Sachbericht**

*z.B. Projektfortschritt, Stand der Arbeitspakete sowie erzielte Ergebnisse in allgemein verständlicher Form. Weitere Hinweise können Sie dem Merkblatt Sachbericht entnehmen. Der Sachbericht kann als Anlage beigefügt werden.*

|  |
| --- |
|  |

Wir bestätigen, dass sich bei der Durchführung des Projektes bisher keine maßgeblichen Änderungen gegenüber den Angaben im Antrag ergeben haben.

Wir nehmen an dem U1 Umlageverfahren zum Ausgleich für die Arbeitgeberaufwendungen im Falle einer Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall des Angestellten teil.

Zuwendungsempfänger: [ ]  nein [ ]  ja (dann bitte auch untenstehende Tabelle ausfüllen)

Verbundpartner 1: [ ]  nein [ ]  ja (dann bitte auch untenstehende Tabelle ausfüllen)

Verbundpartner 2: [ ]  nein [ ]  ja (dann bitte auch untenstehende Tabelle ausfüllen)

Aufgrund gesetzlicher Vorgaben zum Aufwendungsausgleichsgesetz benennen Sie uns bitte alle Krankheitstage des Projektpersonals (Voll- und Teilzeit).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Mitarbeiter | Zuwendungsempfänger, Verbundpartner 1 / 2 | Monat / Jahr | AnzahlKrankheitstage |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Sofern Antragsteller und / oder Verbundpartner für das Projektpersonal eine Entgeltfortzahlung erhalten haben, reichen Sie bitte folgende Nachweise ein:

1. Antrag auf Erstattung nach dem Aufwandsausgleichgesetz
2. Kontoauszug mit der Erstattung

Ort, Datum Stempel und Unterschrift

Pflichtanlagen:
unterschriebene Belegliste in PDF

Belegliste in Excel

sowie ggf. weitere Unterlagen zum Mittelabruf, siehe Zuwendungsbescheid