

**Antrag zur Förderung für Familienzentren**

<b>Einrichtung</b>			
<b>Anschrift</b> <i>Straße, PLZ, Ort</i>			
<b>Ansprechperson</b>			
<b>Telefonnr.</b>		<b>Faxnr.</b>	
<b>E-Mail</b>			
<b>Bank</b>		<b>BIC</b>	
<b>IBAN</b>		<b>Kassenzeichen</b>	

<b>Ausgangslage</b> <i>Beschreiben Sie bitte kurz Ihre Ausgangslage. Bitte beziehen Sie sich auf das kommunale Gesamtkonzept.</i>	
--	--

<p><b>Ziele der Angebote</b></p> <p><i>Beschreiben Sie bitte kurz, welche Ziele Sie mit dem Familienzentrum erreichen möchten.</i></p>	<p><b>Zielindikatoren</b></p> <p><i>Nennen Sie bitte die drei wichtigsten Indikatoren, anhand derer <b>Sie</b> den Erfolg Ihrer Ziele bewerten wollen. Bitte berücksichtigen Sie dabei, dass die Ziele messbar sind.</i></p>	
<p><b>Ziel 1</b></p>		
<p><b>Niedrigschwellige Hilfe für Familien</b></p>	1.1	
	1.2	
	1.3	
<p><b>Ziel 2</b></p>		
<p><b>Stärkung der Erziehungskompetenz</b></p>	2.1	
	2.2	
	2.3	
<p><b>Ziel 3</b></p>		
<p><b>Vernetzung im Sozialraum</b></p>	3.1	
	3.2	
	3.3	
<p><b>Konzept</b></p> <p><i>Beschreiben Sie bitte, den Prozess und das Verfahren zur Auswahl der geplanten Angebote im Rahmen Ihrer Ziele und Zielgruppen</i></p>		

<b>Zielgruppen</b> <i>Bitte benennen Sie die Zielgruppen, die im Fokus stehen.</i>	<input type="checkbox"/>	Junge schwangere Frauen und Eltern
	<input type="checkbox"/>	Schwangere Frauen und Eltern mit Zugangshemmnissen zu Unterstützungsangeboten
	<input type="checkbox"/>	Familien mit Kindern bis zu 3 Jahren
	<input type="checkbox"/>	Familien mit Kindern bis zu 14 Jahren
	<input type="checkbox"/>	Schwangere Frauen und Eltern mit Migrationserfahrungen
	<input type="checkbox"/>	Alleinerziehende mit Kindern bis zu 3 Jahren
	<input type="checkbox"/>	Alleinerziehende mit Kindern bis zu 14 Jahren
	<input type="checkbox"/>	Eltern, mit kumulierenden Belastungen (wirtschaftliche, persönliche und familiale)
	<input type="checkbox"/>	Sonstige ( <i>Bitte benennen</i> )
<b>Kooperationspartner</b> <i>Bitte geben Sie an, mit welchen Einrichtungen/ Diensten im Sozialraum Sie kooperieren</i>	<input type="checkbox"/>	Schule
	<input type="checkbox"/>	Frühförderstelle
	<input type="checkbox"/>	Familienhilfe
	<input type="checkbox"/>	Tagespflege
	<input type="checkbox"/>	ASD
	<input type="checkbox"/>	Jobcenter
	<input type="checkbox"/>	Schuldnerberatung
	<input type="checkbox"/>	Familienbildungsstätte
	<input type="checkbox"/>	Vereine
<input type="checkbox"/>	Sonstige	

<b>Handlungsfelder</b>		Welche Maßnahmen bieten Sie zu dem jeweiligen Handlungsfeld an? a) Gruppen- und Kursangebote b) Einzelangebote und Beratung
<b>Stärkung der Elternkompetenz</b>		
<b>Förderung einer bruchlosen Bildungsbiographie</b>		
<b>Stärkung des effektiven Übergangs von der Kita zur Grundschule</b>		
<b>Förderung von sozial besonders benachteiligten Kindern</b>		
<b>Stärkung der Erziehungskompetenz durch Elternbildung</b>		
<b>Förderung der Integration</b>		
<b>Vereinbarkeit von Familie und Beruf (z.B. Ganztagsbetreuung)</b>		

<b>Ausgaben (Ausgaben insgesamt)</b>  <i>Bitte geben Sie die tatsächlichen Ausgaben für die Angebote in Ihrem Kreis/Ihrer kreisfreien Stadt an.</i>	<b>Nr. 1</b>		€
	<b>Nr. 2</b>		€
	<b>Nr. 3</b>		€
	<b>Nr. 4</b>		€
	<b>Nr. 5</b>		€
	<b>Nr. 6</b>		€
	<b>Nr. 7</b>		€
	<b>Nr. 8</b>		€
	<b>Nr. 9</b>		€
	<b>Nr. 10</b>		€
	<b>Summe Ausgaben</b>		
<b>Einnahmen (Einnahmen insgesamt)</b>  <i>Bitte geben Sie die tatsächlichen Einnahmen für die Angebote in Ihrem Kreis/Ihrer kreisfreien Stadt für an.</i>		<b>Teilnehmer/innenbeiträge</b>	€
		<b>Drittmittel</b>	€
		<b>Spenden</b>	€
		<b>Zuwendung des Kreises</b>	€
		<b>Zuwendung der Gemeinde</b>	€
		<b>Andere Zuwendungen</b>	€
		<b>Summe Sonstige Einnahmen</b>	€
	<b>Summe Einnahmen</b>		

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

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift