

# Lokale Qualifizierung/Fortbildung 2024

---

(FA/FZ/KoBE, Ort)

**Lokale Fortbildung zum Thema:**

**Fortbildung geplant am:**

**Referent/in:**

## Kostenplan

<b>AUSGABEN</b>	<b>EURO</b>
Honorar für Referent*in	
Fahrtkosten für Referent*in	
<b>Summe:</b>	

<b>EINNAHMEN</b>	<b>EURO</b>
1. Eigenmittel des Trägers	
2. Einnahmen aus Kostenbeiträgen	
3. Zuschüsse von Gemeinde/Stadt/Landkreis/Bezirk	
4. Sonstige öffentliche Mittel	
5. Lokale Sponsoren/Spenden	
6. Zuschuss des Sozialministeriums <i>max. 200 Euro</i>	
<b>Summe</b>	

Als Massnahmeträger der lokalen Fortbildung erklären wir uns einverstanden mit den Bedingungen und Auflagen des Bescheides des Zentrum Bayern Familie und Soziales und den Vorgaben in der Ausschreibung und erklären, dass die ANBest-P und die Auflagen und Bedingungen eingehalten werden.

Wir bestätigen, dass das Prüfungsrecht gemäß ANBest-P -in der aktuellen Fassung- sich durch die Annahme des Zuschusses auch auf uns als Maßnahmeträger bezieht. Als Maßnahmeträger der lokalen Fortbildung sind wir damit einverstanden, dass mögliche Rückzahlungsansprüche zu verzinsen sind und dass dem Zentrum Bayern Familie und Soziales vom Erstempfänger (IAGFA Bayern e.V.) etwaige Erstattungsansprüche gegen uns als lokalem Maßnahmeträger abgetreten werden können.

---

Ort, Datum

---

Stempel und rechtsgültige Unterschrift der  
FA/FZ/KoBE als  
Maßnahmeträger der lokalen Fortbildung