**Antrag auf Aufwandsentschädigung für Beiräte, Ausschüsse und Kommissionen** Stand: 21. Januar 2020

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | An  Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt       Albertstraße 10 01097 Dresden |  | An  Landesjugendamt  Carolastr. 7a  09111 Chemnitz |

1. **Persönliche Angaben**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name, Vorname: | Telefon: | Wohnanschrift: |
|  |  |  |
|  | E-Mail: | |

Ich bestätige, dass ich nicht Beschäftigter des FS Sachsens bin

Ich bin Beschäftigter des FS Sachsens – Dienststelle/Anschrift:

1. **Antrag**

Ich beantrage gem. VwV Beiratsentschädigung die Erstattung von

Reisekostenentschädigung (nähere Angaben Ziffer 4)

Sitzungsentschädigung (nähere Angaben Ziffer 3)

Entschädigung für Erstellung Besuchsbericht

Erstattung von Assistenzkosten (soweit keine Reisekosten)

1. **Angaben zum Gremium**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name des Gremiums\*: | Sitzungsort (vollständige Anschrift): | Sitzungstag: | Dauer der Sitzung: |
|  |  |  | von       Uhr bis       Uhr |

1. **Reiseverlauf**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Beginn der Reise an: | | | Ende der Reise an: | | |
| Wohnung  Dienststelle | | Uhrzeit:        Uhr | Wohnung  Dienststelle | | Uhrzeit:        Uhr |
| anderer Ort:  Anschrift: | | | anderer Ort:  Anschrift: | | |
| Verkehrsmittel: | | | | | |
| Öffentliche Verkehrsmittel ‑‑ | Kosten:       Euro (Beleg beilegen) | | |  | |
| Privater PKW ‑‑  Dienst - Kfz | zurückgelegte km: | | Mitgenommene Personen: | Name:  km: | |
| Triftige Gründe für die Benutzung des privaten KfZ  Können sein:  Mitnahme eines Sitzungsteilnehmers  Sitzungsort mit regelmäßigen Beförderungsmitteln nicht oder nicht zeitgerecht erreichbar bzw. Rückreise nicht zeigerecht durchführbar  zwingend persönliche Gründe (z.B. Merkzeichen G bzw. aG im Schwerbehindertenausweis)  Sonstiges: | | | | | |

1. **Sonstiges**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nebenkosten (Beleg beilegen):  Für Tagesvorsitzenden: für die Berichterstellung benötigte Zeit       am  Übernachtungskosten:       Euro mal       Nächte  (Beleg beilegen) | Frühstück inkl.  Abendessen inkl.  Mittagessen inkl. | Ja  Ja  Ja | Nein  Nein  Nein |

Ich versichere pflichtgemäß die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Ich habe von keiner anderen Seite und in keiner anderen Form eine Kostenerstattung erhalten oder beantragt. Die angegebenen Auslagen sind mir tatsächlich entstanden. Ich bitte um Überweisung der Aufwandsentschädigung auf folgende Bankverbindung:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| IBAN | BIC (Pflichtfeld) | Geldinstitut |
| DE |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Datum |  | Unterschrift Antragsteller |

**Berechnung der Entschädigung**

1. Bestätigung der Fachabteilung
2. Sitzungsentschädigung       Euro

bis zu 5h

mehr als 5h

1. Entschädigung für Erstellung Besuchsbericht       Euro
2. Sonstiges:             Euro

**Sachliche/Rechnerische Bestätigung für Pos. 1 bis 3:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

1. Bestätigung der Reisekostenstellen
2. Reisekostenvergütung

**Sachliche/Rechnerische Bestätigung für Pos. 4:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift

**Gesamtkosten:       Euro**

Verfügung

1. Fachabteilung - sachl./rechn. Prüfung Pos. 1 bis 3
2. Reisekostenstelle – sachl./rechn. Prüfung Pos. 4
3. Ref. 13 – AO
4. Ref. 13 – Datenerfassung + z.d.A.