

Einzureichen an:

Investitionsbank Sachsen-Anhalt
OE Zuschuss Gewi 3
Domplatz 12
39104 Magdeburg

Nicht vom Kunden auszufüllen

Eingangsdatum

Kd.-Nr.



AUSZAHLUNGSANTRAG

für eine Zuwendung aus dem Programm INNOVATIONSASSISTENT

gemäß der Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Beschäftigung von Innovationsassistenten im Land Sachsen-Anhalt

1. Mittelabruf* 2. oder späterer Mittelabruf*

* Zutreffendes bitte jeweils ankreuzen

1. ZUWENDUNGSEMPFÄNGER

Name/Firma (ggf. lt. Handelsregister)

PLZ

Ort

Straße, Hausnummer

Vorwahl/Rufnummer/Fax

E-Mail

2. ANGABEN ZUR FÖRDERUNG

Zuwendungsbescheid-Nr.

Zuwendungsbescheid vom

Letzter Änderungsbescheid vom

Name/Vorname des Innovationsassistenten**

** Hinweis: Sofern zwei Innovationsassistenten im Unternehmen gefördert werden, ist für jeden Innovationsassistenten ein separater Auszahlungsantrag zu erstellen.

3. ANGABEN ZUR BANKVERBINDUNG

Kreditinstitut

BLZ

Konto

Kontoinhaber

4. HÖHE DER MITTELABFORDERUNG (in Euro)

Hinweis: Jeder der nachfolgend einzutragenden Beträge bezieht sich immer nur auf den Innovationsassistenten, für den der Auszahlungsantrag gestellt wird.

Höhe der Gesamtzuwendung aus oben aufgeführtem Zuwendungsbescheid

bisher erhaltene Zuwendungsteilbeträge

offener Restbetrag

Zuwendungsbedarf = Überweisungsbetrag

verbleibender Zuwendungsbetrag

Stand 27.10.2011

5. AUFSCHLÜSSELUNG DES HIERMIT ANGEFORDERTEN MITTELBEDARFS

Abrechnungszeitraum des vorliegenden Auszahlungsantrags vom bis
 bewilligter Fördersatz gemäß Ziffer 1. des Zuwendungsbescheides %

Monat	Steuerpflichtiges Bruttogehalt in Euro	Arbeitgeberanteil* in Euro	Datum der Gehaltsbuchung lt. Kontoauszug	beantragter anteiliger Zuschuss** in Euro
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Summe	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Liegen im Abrechnungszeitraum Fehlzeiten des Innovationsassistenten aufgrund von Krankheit vor? Ja Nein

bei ja: Anzahl der Ausfalltage Rückerstattungsbeitrag*** Euro

* Zum Arbeitgeberanteil zur Sozialversicherung zählen folgende Ausgaben: AG-Anteil zur Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung, Umlage 1 sowie Umlage 2.

** pro Förderfall und Monat max 2.000,- Euro

*** Im Krankheitsfall des Innovationsassistenten wird der von der Krankenkasse erstattete Betrag aus Umlage 1 monatlich vom Bruttogehalt abgesetzt.

6. DEM AUSZAHLUNGSANTRAG BEIZUFÜGENDE UNTERLAGEN

- a) monatliche Gehaltsnachweise
- b) Überweisungsbelege im Original (Kontoauszüge, Beitragsnachweise bzw. Berechnungsbögen)

7. ERKLÄRUNGEN DES ZUWENDUNGSEMPFÄNGERS

- a) Ich erkläre/Wir erklären, dass die Ausgaben notwendig waren, mit den Fördermitteln wirtschaftlich und sparsam verfahren wurde und dass die Angaben in diesem Auszahlungsantrag mit den Geschäftsbüchern und -belegen übereinstimmen.
- b) Ich erkläre/Wir erklären, dass die in dieser Mittelanforderung abgerechneten Ausgaben nicht Gegenstand von anderen bewilligten Fördervorhaben und auch nicht Bestandteil von vorhergehenden Mittelanforderungen sind.
- c) Ich/ wir versichere/versichern, dass die anteiligen Zahlungen an die einzelnen Sozialversicherungsträger (beinhaltet sowohl die Überweisung des Arbeitgeber- wie auch Arbeitnehmeranteils) korrekt und gemäß vorliegender Gehaltsabrechnungen getätigt wurden.
- d) Ich/wir verpflichte(n) mich/uns, im Falle von Rückerstattungen aus der Umlage 1 durch die Krankenkassen, diese Rückerstattungen unverzüglich, spätestens mit dem darauf folgenden Auszahlungsantrag nachzuweisen.
- e) Mir/Uns ist bekannt, dass die Angaben unter den Ziffern 1, 2, 4. und 5. dieses Auszahlungsantrages, die Angaben in den gemäß Ziffern 6. a) und b) beizufügenden Anlagen sowie die Erklärungen in Ziffer 7. a), 7. b), 7. c) und 7. d) dieses Antrages subventionserheblich im Sinne des § 264 StGB sind und dass ein Subventionsbetrug nach dieser Vorschrift strafbar ist. Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, Ihnen Änderungen der vorgenannten Angaben unverzüglich zu übermitteln, sobald uns diese bekannt werden.

8. UNTERSCHRIFTEN DES ZUWENDUNGSEMPFÄNGERS

Ort, Datum	rechtsverbindliche Unterschrift(en) (ggf. Stempel)	Name(n) des/der Unterzeichnenden (bitte in Druckbuchstaben)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>