

**ANTRAG**  
für das  
Mikroprojekt  
(TK-Verfügungsfonds)  
Nr.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



Gefördert durch die  
Techniker Krankenkasse

**KREIS UNNA**

(Titel des Projekts)

**1. HANDLUNGSFELDER:** (Mehrfachnennungen möglich)

Gesunde Ernährung

Bewegung

Gewaltprävention

Beteiligung/Aktivierung

Entspannung/Stressbewältigung

Seelische Gesundheit

Suchtprävention

Sonstige, nämlich \_\_\_\_\_

**2. ZIELGRUPPE:** (Mehrfachnennungen möglich)

Kinder bis 6 Jahre

Migrant/innen

Kinder von 6 bis 14 Jahre

Mädchen

Jugendliche von 14 bis 18 Jahre

Jungen

Junge Erwachsene von 18 bis 25 Jahre

Multiplikatoren

Senioren/ältere Menschen

Menschen mit Behinderung

Sonstige: \_\_\_\_\_

**3. PROJEKTBSCHREIBUNG:**

(Ziele, Inhalt/Konzept, Erreichbarkeit der Zielgruppen, Kooperationspartner, Ort, Zeitrahmen):

a) **Ziele des Projekts sind:** (Was soll am Ende des Projektes erreicht worden sein?)

b) **Inhalte:** (Worum geht es, was wird gemacht, was passiert im Projekt?)

c) **Methodik:** (Wie gehen Sie vor um die Projektziele zu erreichen?)

d) **Nachhaltigkeit:** (Inwiefern trägt das Projekt zu einer dauerhaften Verbesserung bei?)

e) **Weitere Projektziele:** (Gibt es neben den o.g. Zielen sekundäre Ziele, z. B. aus anderen Handlungsfeldern als Gesundheitsförderung? Bitte benennen.)

f) **Weitere Projektinhalte:** (Gibt es neben den o.g. Inhalten weitere Inhalte z. B. aus anderen Handlungsfeldern als Gesundheitsförderung? Bitte benennen.)

#### 4. DER BESONDERE NUTZEN DES PROJEKTS FÜR DEN STADTTEIL IST:

5. ANZAHL DER TEILNEHMER/INNEN: \_\_\_\_\_

#### 6. ZEITEN DER DURCHFÜHRUNG:

Das Projekt umfasst mehrere Termine

Einmalige Veranstaltung

Die Umsetzung erfolgt im Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

voraussichtliche Termine: \_\_\_\_\_

#### 7. FACHLICHE QUALIFIKATION:

(Qualifikation/ Ausbildung der projektverantwortlichen Personen)

#### 8. KOOPERATIONSPARTNER:

(Findet das Projekt in Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen o. Institutionen statt? Bitte benennen.)

Wir suchen noch einen geeigneten Kooperationspartner für unser Projekt.

**9. ANTRAGSTELLER:**

Antragsteller/Träger: \_\_\_\_\_  
 Ansprechpartner/in: \_\_\_\_\_  
 Straße/Nr.: \_\_\_\_\_  
 PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_  
 E-Mail: \_\_\_\_\_

**10. VORAUSSICHTLICHE GESAMTKOSTEN DES PROJEKTES:**

Kostenaufstellung:

€	€
€	€
€	€
€	€
€	€
€	€
€	€

<b>GESAMTKOSTEN</b>	€
Abzgl. EIGENMITTEL/Drittmittel/Einnahmen	- €
Beantragte Projektmittel	= €

Sie können eine eigene Kostenaufstellung als Anlage beifügen. Einnahmen und Drittmittel bitte gesondert auflisten. Für alle Ausgaben werden Belege benötigt. Die Belege/Posten müssen eindeutig dem Projekt zuzuordnen sein!

**11. UNTERZEICHNUNG**

---

Ort/DatumUnterschrift Verantwortlicher/Leitung

**12. ANLAGEN:**

zu 1 _____	zu 2 _____
zu 3 _____	zu 4 _____
zu 5 _____	zu 6 _____
zu 7 _____	zu 8 _____
zu 9 _____	zu 10 _____