

Verwendungsnachweis

Deutsch-Französisches Jugendwerk
Molkenmarkt 1, 10179 Berlin
Tel. 030 288 757-0 Telefax 030 288 757-88

Office franco-allemand pour la Jeunesse
51 rue de l'Amiral-Mouchez, 75013 Paris
Tel. +33 1 40 78 18 18 Telefax +33 1 40 78 18 88

OFAJ
DFJW

Antragsteller (Örtlicher Träger / Einzelantragsteller)

Name _____
 Straße _____
 PLZ _____ Ort _____
 Bundesland _____
 Telefon _____ Telefax _____
 E-Mail _____
 Verwendungszweck _____
 Kontoinhaber _____
 Bank _____
 IBAN DE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Stempel der Zentrale

Zentrale Nr. _____

DFJW- Aktenzeichen _____

Im dezentralisierten Verfahren bitte
Ifd. Nr. des Antrags einsetzen
(jede Nr. nur 1 x vergeben)

--	--	--

Partner (Institution / Betrieb / Verein / Verband usw.)

Name _____
 Straße _____
 PLZ _____ Ort _____
 Académie _____
 Telefon _____ Telefax _____
 E-Mail _____

Thema / Titel des Projekts

Zielgruppe : _____

(Fach-) Bereich in Berufsausbildung und Hochschule: _____

Bitte zutreffendes Feld ankreuzen

- Jugendbegegnung
- Pädagogische oder sprachliche Ausbildung
- Vorbereitung
- Auswertung
- Institutionelle Kooperation
- Sprachkurs
- Praktikum
- Arbeit beim Partner
- Bilinguale Erziehung
- Fachkräfte- und Multiplikatoren-austausch
- 1234-Projekt
- Pilotprojekt
- Projekt im grenznahen Raum
- PROMOBIL

Unterbringung (bitte TN-Zahl angeben)

in Familien andere

Gehören Sie einem Bundesverband an ?

Ja Nein

Wenn ja, welchem ? _____

Besteht eine Städtepartnerschaft ?

Ja Nein

Programm- bzw. Projektangaben

Ort des Programms _____ PLZ _____

Bundesland _____

Antragsteller

Tag der Ankunft am Programmmort _____

Tag der Abreise vom Programmmort _____

Partnergruppe (nur bei Dritortbegegnungen)

Tag der Ankunft am Programmmort _____

Tag der Abreise vom Programmmort _____

*Jeder Teilnehmer muss einmal in einer Kategorie aufgeführt werden.
Die Gesamtsumme der untersten Zeile muss gleich der Gesamtsumme der einzelnen Kategorien sein. Die Unterscheidung zwischen „gesamt/gefördert“ ermöglicht, die Gesamtteilnehmerzahl anzugeben bzw. die Zahl der tatsächlich geförderten Teilnehmer.*

Zusammensetzung der Gruppe	TN aus Deutschland		TN aus Frankreich		TN aus Drittland	
	gesamt	gefördert	gesamt	gefördert	gesamt	gefördert
Alter						
Kinder - 3 bis 5 Jahre						
Kinder - 6 bis 12 Jahre						
Jugendliche - 13 bis 18 Jahre						
+ über 18 Jahre						
Arbeits- und Ausbildungssituation						
Schüler						
Auszubildende						
Studierende						
Berufstätige						
Arbeitssuchende/ in beruflicher Eingliederung						
Leitungsteam/Begleiter						
Geschlecht						
Männlich						
Weiblich						
Gesamt						

Ansprechpartner, Veranstalter

Name, Vorname _____ Alter _____
Anschrift _____
Tel. _____ E-Mail _____
Beruf _____
Pädagogische Qualifikation _____
Sprachliche Qualifikation _____

Leitungsteam

Name, Vorname _____ Alter _____
Anschrift _____
Tel. _____ E-Mail _____
Beruf _____
Pädagogische Qualifikation _____
Sprachliche Qualifikation _____

Zert. Jugendleiter Zert. Sprachanimateur Zert. Gruppendolmetscher BAFA-Juleica PM AbP

~~~~~  
Name, Vorname \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_  
Pädagogische Qualifikation \_\_\_\_\_  
Sprachliche Qualifikation \_\_\_\_\_

Zert. Jugendleiter  Zert. Sprachanimateur  Zert. Gruppendolmetscher  BAFA-Juleica  PM  AbP

~~~~~  
Name, Vorname _____ Alter _____
Anschrift _____
Tel. _____ E-Mail _____
Beruf _____
Pädagogische Qualifikation _____
Sprachliche Qualifikation _____

Zert. Jugendleiter Zert. Sprachanimateur Zert. Gruppendolmetscher BAFA-Juleica PM AbP

~~~~~  
Name, Vorname \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_  
Pädagogische Qualifikation \_\_\_\_\_  
Sprachliche Qualifikation \_\_\_\_\_

Zert. Jugendleiter  Zert. Sprachanimateur  Zert. Gruppendolmetscher  BAFA-Juleica  PM  AbP

~~~~~  
Name, Vorname _____ Alter _____
Anschrift _____
Tel. _____ E-Mail _____
Beruf _____
Pädagogische Qualifikation _____
Sprachliche Qualifikation _____

Zert. Jugendleiter Zert. Sprachanimateur Zert. Gruppendolmetscher BAFA-Juleica PM AbP

~~~~~  
Name, Vorname \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_  
Pädagogische Qualifikation \_\_\_\_\_  
Sprachliche Qualifikation \_\_\_\_\_

Zert. Jugendleiter  Zert. Sprachanimateur  Zert. Gruppendolmetscher  BAFA-Juleica  PM  AbP

PM = Pädagogischer Mitarbeiter

AbP = Arbeit beim Partner

## Gruppenbegegnungen

Dem Verwendungsnachweis ist ein „detaillierter Bericht über die Durchführung des Projekts, aus dem die Ergebnisse, die Auswertung und die Qualität des Projekts hervorgehen“ beizulegen (vgl. DFJW-Richtlinien 4.2.6.B)

Bitte alle Informationen (Nr. 1-9) auf einem gesonderten Blatt beifügen.

1. Ort, Daten, Träger, Titel der Begegnung, DFJW Aktenzeichen
2. Welche(s) war(en) die Inhalte / das Thema / die Schwerpunkte der Begegnung? Wie wurden diese umgesetzt?
3. Teilnehmer (TN) / Gruppenzusammensetzung (Alter; Geschlecht; TN-Gewinnung...)
4. Leitungsteam
5. Methoden, durchgeführte Aktivitäten, durchgeführtes Programm
6. Wie lief die sprachliche Verständigung in der Begegnung?  
Falls Sie einen Zuschuss „Sprachanimation“ beantragt haben, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen:
  - a) Rahmenbedingungen (Ort, Art der Begegnung, Dauer, Gruppenzusammensetzung, Sprachniveau, Raum für Sprachanimation)
  - b) Sprachanimateure (Namen, Nationalität, Sprachniveau, Qualifikation). Wie wurde die Anleitung der Sprachanimation im Team aufgeteilt?
  - c) Welche Aktivitäten der Sprachanimation wurden mit welcher Zielsetzung während der Begegnung durchgeführt (kurze Beschreibung)? Welche Materialien wurden verwendet?
  - d) Wann und wie fand Sprachanimation statt? Wie wurde sie in das Gesamtprogramm eingebaut?
  - e) Wie bewerten Sie die Rolle und den Einfluss der Sprachanimation
    - In Bezug auf die deutsch-französische Gruppenentwicklung?
    - In Bezug auf den Umgang mit der Fremdsprache bei den Jugendlichen?
7. Maßnahmen zur Sicherung der pädagogischen Qualität? (z.B. Einsatz interkultureller Berater, Gruppenleiter / Sprachanimateure / Gruppensolmetscher mit DFJW-Zertifikat, Auswertung / Evaluationsinstrument,...)
8. Pädagogische Auswertung:  
Was waren die Ziele der Begegnung? Wurden sie erreicht? Was haben die Teilnehmer gelernt?  
Wie hat sich das Gruppenleben entwickelt? Gab es Konflikte? Wie wurde damit umgegangen? Gab es besondere Vorfälle in dieser Begegnung?  
Wie wurde die Begegnung mit den Teilnehmern ausgewertet? Was waren die Ergebnisse der Auswertung?  
Gibt es Konsequenzen, Folgen dieser Begegnung?  
evtl. Zitate der Teilnehmer
9. Öffentlichkeitsarbeit (Zeitungsartikel, Dossier, etc. Bitte ein Exemplar ans DFJW schicken. Blog, Internet, Photos, Videos, etc. Bitte CD-Rom, DVD, URL, etc. übermitteln)  
(vgl. DFJW-Richtlinien 4.2.6. B).
10. Sonstige Informationen

## Einzelstipendien

Bitte gesondertes Blatt mit Bericht beifügen.

## Programme mit Teilnehmern aus einem Drittland

Thema \_\_\_\_\_

Name der Partnerorganisation aus dem Drittland \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Telefax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

## Ausgaben

müssen mit der Belegliste übereinstimmen

### Fahrtkosten (Hin- und Rückreise)

TN aus Deutschland (D) \_\_\_\_\_ €

TN aus Frankreich (F) \_\_\_\_\_ €

TN aus Drittland (DL) \_\_\_\_\_ €

### Aufenthaltskosten

TN aus Deutschland (D) \_\_\_\_\_ €

TN aus Frankreich (F) \_\_\_\_\_ €

TN aus Drittland (DL) \_\_\_\_\_ €

### Sonstige Aufwendungen

a) Programmkosten \_\_\_\_\_ €

b) Sprachförderung \_\_\_\_\_ €

c) Organisationskosten \_\_\_\_\_ €

d) sonstige Kosten \_\_\_\_\_ €

## Einnahmen

siehe DFJW-Richtlinien

### Beim DFJW beantragter Zuschuss

#### Fahrtkosten

| Land            | TN |   | Tab.satz /<br>Teiln. |   | Gesamt | Oder<br>Pauschale |
|-----------------|----|---|----------------------|---|--------|-------------------|
| TN aus D        |    | x |                      | = | €      | €                 |
| Leitungsteam D  |    | x |                      | = | €      | €                 |
| TN aus F        |    | x |                      | = | €      | €                 |
| Leitungsteam F  |    | x |                      | = | €      | €                 |
| TN aus DL       |    | x |                      | = | €      | €                 |
| Leitungsteam DL |    | x |                      | = | €      | €                 |

#### Aufenthaltskosten / Stipendium

| Land            | TN |   | Zuschuss /<br>Teiln. |   | Dauer | Gesamt<br>oder<br>Pauschale |
|-----------------|----|---|----------------------|---|-------|-----------------------------|
| TN aus D        |    | x |                      | x |       | = €                         |
| Leitungsteam D  |    | x |                      | x |       | = €                         |
| TN aus F        |    | x |                      | x |       | = €                         |
| Leitungsteam F  |    | x |                      | x |       | = €                         |
| TN aus DL       |    | x |                      | x |       | = €                         |
| Leitungsteam DL |    | x |                      | x |       | = €                         |

#### Sonstige Aufwendungen

|                 |   |
|-----------------|---|
| Programmkosten  | € |
| Sprachförderung | € |

#### Verwaltungskosten

|  | TN |   | Zuschuss /<br>Teiln. |   | Gesamt |
|--|----|---|----------------------|---|--------|
|  |    | x |                      | = | €      |

#### ZWISCHENSUMME

€

#### Sonstige Zuschüsse

Bitte angeben (z.B. Land, Kreis, Gemeinde oder private Zuschussgeber)

\_\_\_\_\_ €

#### Eigenleistung der Teilnehmer

€

#### Eigenleistung des Trägers

€

#### GESAMT

€

GESAMT \_\_\_\_\_ €

Entscheidung  
der  
Zentralstelle

*Einnahmen und Ausgaben müssen ausgeglichen sein.*

## Überweisung der Förderung an (Zutreffendes ankreuzen)

Antragsteller

Dezentralisiertes Verfahren

Zentrale

Praktikant (-en)

mit Verbuchung beauftragte Einrichtung

andere: \_\_\_\_\_

Die Unterzeichnerin / Der Unterzeichner \_\_\_\_\_

Name und Funktion des / der Vertretungsberechtigten des örtlichen Trägers / des Einzelantragstellers \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

versichert die Richtigkeit der gemachten Angaben und erkennt die Richtlinien des DFJW an. Sie / Er versichert zugleich, mit ihrem / seinem französischen Partner abgesprochen zu haben, dass dieser für das auf Seite 1 bezeichnete Programm keinen eigenen Antrag stellen wird.

Ort \_\_\_\_\_ den \_\_\_\_\_ Rechtsverbindliche Unterschrift \_\_\_\_\_

## Dieses Feld ist vom DFJW auszufüllen

Endgültiger Zuschuss: \_\_\_\_\_ €

Abschlag: \_\_\_\_\_ €

Restbetrag: \_\_\_\_\_ € oder Rückzahlung: \_\_\_\_\_ €

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_