

An Antragstelle:

Verband alleinerziehender
Mütter und Väter,
Landesverband Niedersachsen e.V.
Arndtstr. 29
49080 Osnabrück
Tel.: 0541/2023886
familienerholung@vamv-niedersachsen.de
www.vamv-niedersachsen.de

Nicht per Einschreiben zu schicken

Antrag auf Gewährung einer Zuwendung für ein Angebot der Familienerholung

auf der Grundlage der Richtlinie des Niedersächsischen Landesamtes für Soziales,
Jugend und Familie zur Gewährung finanzieller Zuwendungen für den
Familienerholungsmaßnahmen

Erl. d. MS v. 13.10.2021 - 304-43182-46/02, -43182-50 - VORIS 21147 -
Nds. MBI. Nr. 43/2021 S. 1618

Alle Fragen des Antrages müssen beantwortet werden! Ansonsten wird er nicht angenommen

Die Zuwendung wird beantragt für eine:
Familienerholungsurlaub

2026

Posteingang bei der Antragsstelle:

1 Antragsteller*in

→ Zutreffendes bitte ankreuzen!

Vorname:

Anschrift:

Name:

Straße, Haus-Nr.:

Telefon/ Mobil:

PLZ, Ort:

Besitzen Sie die deutsche Staatsangehörigkeit

Ja

Nein

Haben Sie einen Migrationshintergrund?

Ja

Nein

Anzahl der Erziehungsberechtigten

E-Mail:

2 Angaben zum geplanten Urlaub bzw. Urlaubsquartier (innerhalb Deutschlands)

Urlaubszeitraum *(Ferienzeit mind. 7 höchstens 14 Übernachtungen)*

Adresse des Urlaubsquartiers *(innerhalb Deutschland)*

von bis

Name des Urlaubsquartiers:

Eine Buchungsbestätigung

Straße/Nr.:

liegt bei reichen wir nach

PLZ/Ort:

(Die Buchungsbestätigung muss innerhalb von 14 Tagen nachgereicht werden)

Ferienfreizeitstätte Jugendherberge

Tel.:

Vollpension Teilverpflegung Selbstversorgung

E-Mail:

Unterkunftskosten

Gemeinnützig Ja Nein

(Jedes Jahr angeben in dem sie Zuschüsse bekommen haben)

Wenn ja, wann?

Arndtstraße 29, 49080 Osnabrück
Tel.: (05 41) 2 02 38 86

Bankverbindung:

familienerholung@vamv-niedersachsen.de
www.vamv-niedersachsen.de

Sparkasse Hannover
IBAN: DE86 2505 0180 0000 8433 26
BIC: SPKHDE2HXXX



Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Arbeit, Gesundheit
und Gleichstellung

DER PARITÄTISCHE
UNSER SPITZENVERBAND
Mitglied im
Paritätischen Wohlfahrtsverband
Niedersachsen e.V.

3 Familienmitglieder (alle zum Haushalt gehörende Personen)

→ Zutreffendes bitte ankreuzen!

Vorname, Name ↓	Geburtsdatum ↓	Teilnahme ja	Teilnahme nein	Kindergeld Nachweis liegt bei	Behinderung Schwerbehinderung GdB mind. 50% Kopie des Behinderten- ausweises liegt bei
Vater		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	↓	<input type="checkbox"/>
Mutter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	↓	<input type="checkbox"/>
1. Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 Einkommensverhältnisse

→ Zutreffendes bitte ankreuzen!

Bitte kreuzen Sie an, ob bei den oben aufgeführten Familienmitgliedern in folgend genannten Einkommensarten Einnahmen zu Verzeichnen waren und legen Sie entsprechende Nachweise in Kopie bei.

<input type="checkbox"/> Lohn/ Gehalt (letzte Dezember Abrechnung <input type="text"/>)	<input type="checkbox"/>	Anzahl Belege
<input type="checkbox"/> oder Lohnsteuerjahresausgleich <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Anzahl Belege
<input type="checkbox"/> Lehrlingsentgelt	<input type="checkbox"/>	Anzahl Belege
<input type="checkbox"/> BAföG bzw. Berufsausbildungsbeihilfe	<input type="checkbox"/>	Anzahl Belege
<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld	<input type="checkbox"/>	Anzahl Belege Erhalten sie Arbeitslosen Geld, dann brauchen sie nur diese Kopie einreichen.
<input type="checkbox"/> SGB II	<input type="checkbox"/>	Anzahl Belege
<input type="checkbox"/> SGB XII	<input type="checkbox"/>	Anzahl Belege Erhalten sie SGB II oder SGB XII, dann brauchen sie nur diese Kopie einreichen.
<input type="checkbox"/> Rente (Altersrente, Beruf-bzw Erwerbsunfähigkeits-rente, Witwen-, Weisen- u. Halbweisenrente)	<input type="checkbox"/>	Anzahl Belege
<input type="checkbox"/> Wohngeld	<input type="checkbox"/>	Anzahl Belege
<input type="checkbox"/> Bundeselterngeld	<input type="checkbox"/>	Anzahl Belege
<input type="checkbox"/> KIZ - Kindergeldzuschlag	<input type="checkbox"/>	Anzahl Belege
<input type="checkbox"/> Ehegattenunterhalt	<input type="checkbox"/>	Anzahl Belege
<input type="checkbox"/> Kindesunterhalt bzw. Unterhaltsvorschuss	<input type="checkbox"/>	Anzahl Belege
<input type="checkbox"/> Einkommen aus selbständiger Arbeit	<input type="checkbox"/>	Anzahl Belege
<input type="checkbox"/> Mieteinnahmen	<input type="checkbox"/>	Anzahl Belege

5 Erklärungen

1. Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und bestätige, dass alle oben aufgeführten Personen zu meinem Haushalt gehören.
2. Ich erkläre, dass es sich bei der beantragten Maßnahme um keinen Verwandten- oder Bekanntenbesuch handelt.
3. Mir ist bekannt, dass ich nur **einen** Antrag bei **einer Antragsstelle** abgeben darf und **nicht** bei mehreren Antragsstellen gleichzeitig.
4. Mir ist bekannt, dass von meiner Familie die Zuwendung nur **von einer Antragsstelle** und nur **für einen Urlaubs-aufenthalt pro Kalenderjahr** in Anspruch genommen werden darf und dass jede darüber hinaus gehende Inanspruchnahme von Zuwendungen für Urlaubaufenthalte eine unzulässige Doppelförderung darstellt, die nach § 263 Strafgesetzbuch strafbar ist.
5. Mir ist bekannt, dass meine personenbezogenen Antragsdaten im Rahmen der Verwendungsnachweisprüfung dem Niedersächsischen Landesamt für Soziales, Jugend und Familie zum Zwecke des Datenabgleichs übermittelt und elektronisch verarbeitet werden, um Fälle des Fördermittelbetrugs (Doppel- und Mehrfachförderungen) ermitteln und verhindern zu können.
6. Mir ist bekannt, dass jeder festgestellte Fall von Fördermittelbetrug bei der zuständigen Staatsanwaltschaft zur Anzeige gebracht wird.
7. Ich bin mit der Bearbeitung und Speicherung meiner Antragsdaten "Familienerholungsurwahl" einverstanden.
8. Eine Weitergabe meiner Daten an andere Personen/ Institutionen o.ä. findet nicht statt.

Ort

Datum

Unterschrift des Antragstellers*in

Arndtstraße 29
49080 Osnabrück
Tel.: (05 41) 2 02 38 86
familienerholung@vamv-niedersachsen.de
www.vamv-niedersachsen.de

Bankverbindung:
Sparkasse Hannover
IBAN: DE86 2505 0180 0000 8433 26
BIC: SPKHDE2HXXX

Gefördert durch:



Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Arbeit, Gesundheit
und Gleichstellung

DER PARITÄTISCHE
UNSER SPITZENVERBAND
Mitglied im
Paritätischen Wohlfahrtsverband
Niedersachsen e.V.