

**Anlage 3**

An den  
Präsidenten des Oberlandesgerichts  
Postfach \_\_\_\_\_  
in \_\_\_\_\_

**Verwendungsnachweis**

**Betr.:** Zuwendung des Landes NRW nach dem Programm  
„Förderung ambulanter therapeutischer Maßnahmen für Personen, die wegen eines Sexualdeliktes verurteilt worden sind“

**Anlagen:** Tabelle zur personellen Besetzung  
Übersicht über die Maßnahmen  
Sachbericht

<b>Bezeichnung der Maßnahme</b>			
Durch Zuwendungsbescheid(e) des			
vom	Az.:	über	DM
vom	Az.:	über	DM
vom	Az.:	über	DM
wurden zur Finanzierung der o. g. Maßnahme insgesamt bewilligt.			
Es wurden ausgezahlt:		insgesamt	DM.

## **1. Sachbericht**

### 1. Darstellung der durchgeführten Maßnahme<sup>3</sup>

1.1 Kurze Kommentierung der Daten aus der Übersicht, Auswirkungen und Erfahrungen

1.2 Zusammenarbeit mit Sozialen Diensten der Justiz und des Justizvollzuges

## **2. Übersicht über die Klienten**

2.1 Therapiebeendigungen während der Maßnahme

2.2 Abbrüche während der Maßnahme (Zahl; Gründe, z. B. aus persönlichen Gründen, wegen Krankheit, wegen erneuter Inhaftierung)

2.3 begleitende familientherapeutische Maßnahmen (Zahl der Maßnahmen, Zahl der betreuten Familienmitglieder, Vermittlung in andere Maßnahmen/Einrichtungen)

---

<sup>3</sup> auf gesondertem Blatt beifügen

**3. Zahlenmäßiger Nachweis/Einnahmen**

Art Eigenanteil, Zuwen- dungen, Leistungen Dritter	Lt. Zuwendungsbe- scheid DM	Lt. Abrechnung DM
Einnahmen für die Maßnahme	DM	DM
Eigenanteil	DM	DM
Private Mittel Drit- ter	DM	DM
Zuwendung nach Lan- desrichtlinien	DM	DM
Gesamtfinanzierung	DM	DM

**4. Zahlenmäßiger Nachweis/Ausgaben**

Ausgabengliederung	Lt. Zuwendungsbe- scheid DM	Lt. Abrechnung DM
Personalausgaben (ggf. Einzelaufstellung beifügen)	DM	DM
Sachausgaben (ggf. Einzelaufstellung beifügen)	DM	DM
Reisekosten (ggf. Einzelaufstellung beifügen)	DM	DM
Fortbildung, Super- vision (ggf. Einzelaufstellung beifügen)	DM	DM
Gesamtausgaben	DM	DM

**5. Zahlenmäßiger Nachweis/IST - Ergebnis**

	Lt. Zuwendungsbescheid DM	Lt. Abrechnung DM
1. Ausgaben	DM	DM
2. Einnahmen	DM	DM
3. Mehrausgaben/ Minderausgaben	DM	DM

**6. Bestätigungen**

Es wird bestätigt, dass

- die Allgemeinen und Besonderen Nebenbestimmungen des Zuwendungsbescheides beachtet worden sind,
- die Angaben im Verwendungsnachweis mit den Unterlagen und Belegen übereinstimmen,
- die Ausgaben notwendig waren, wirtschaftlich und sparsam verfahren worden ist.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

**Ergebnis der Prüfung durch die Bewilligungsbehörde  
(Nr. 12.2 VV bzw. Nr. 7 ANBest-P)**

Der Verwendungsnachweis wurde anhand der vorliegenden Unterlagen geprüft. Es ergaben sich keine – die aus der Anlage ersichtlichen<sup>1</sup> – Beanstandungen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

---

<sup>1</sup> Nichtzutreffendes bitte streichen

**Übersicht über die Beschäftigung von notwendigem Personal****Bezeichnung der Maßnahme:** \_\_\_\_\_**Geschäftszeichen:** \_\_\_\_\_Lt. Zuwendungsbescheid, sofern bereits  
bewilligt**Personelle Besetzung:**

lfd. Nr.	Name Vorname	1) Art der Berufsausbildung 2) Berufsbezeichnung 3) sonstige Qualifikation 4) Vergütungsgr. nach BAT	Wöchentl. Arbeits- zeit	Beschäftigt von - bis	20__