

An die
Bezirksregierung Detmold
Dezernat 31 (KInvFG)
Leopoldstraße 15
32756 Detmold

Mittelabruf

zu einer Maßnahme im Rahmen von Kapitel 2 KInvFöG NRW¹⁾

Ident-Nr. der Maßnahme: _____

Bezeichnung der Maßnahme: _____

Kassenzeichen: _____

Betrag: _____

Euro

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel/Siegel

Bestätigung

gemäß § 15 Absatz 2 KInvFöG NRW

1. Die Maßnahme entspricht den Voraussetzungen des § 12 KInvFG²⁾. bestätigt
2. Eine Doppelförderung gemäß § 14 i.V.m. § 4 Absatz 1 KInvFG liegt nicht vor. bestätigt
3. Die Nachhaltigkeit der Maßnahme gemäß § 14 i.V.m. § 4 Absatz 3 KInvFG liegt vor. bestätigt
4. Die Vorgaben des § 13 KInvFG werden erfüllt. bestätigt
5. Die abgerufenen Mittel werden zur anteiligen Begleichung erforderlicher Zahlungen benötigt (§14 i.V.m. § 6 Absatz 2 Satz 2 KInvFG). bestätigt
6. **Alle übrigen Bestimmungen aus dem Zuwendungsbescheid wurden eingehalten.** bestätigt

Ort, Datum

Unterschrift Hauptverwaltungsbeamten/in/er oder Vertretung im Amt und Stempel/Siegel

¹⁾ KInvFöG NRW: Gesetz zur Umsetzung des Kommunalinvestitionsförderungsgesetzes in Nordrhein-Westfalen

²⁾ KInvFG: Kommunalinvestitionsförderungsgesetz