Sozialverband Deutschland
Landesverband Schleswig-Holstein

Formular zum Antrag auf Auszahlung des neuen Festbetrages

für Ortsverbände ab 2025 als neuer Bestandteil der OV-Beiträge gem. Landesverbandsttagsbeschluss 06/2023

Wichtig: unbedingt als Anlage den Kassenbericht zum 31.12.2024 des OV beifügen.

Ortsverbandsname (bitte ausfüllen)

OV Bankverbindung IBAN (bitte ausfüllen) D E

Telefonnummer oder E-Mail für Rückfragen (freiwillig)

Finanzstand (Bank/Kasse) aus dem Kassenbericht zum 31.12.2024

Mitglieder zum 31.12.2024 (ausfüllen falls bekannt, sonst trägt Buchhaltung ein)

Beitragszahler zum 31.12.2024 (ausfüllen falls bekannt, sonst trägt Buchhaltung ein)

Folgende Positionen (a bis d) und die Auszahlung werden durch die Buchhaltung LV ermittelt und eingetragen.

Ja Nein

a) **Prüfung Vermögensgrenze:** Vermögensgrenze von bis zu 10 € je Mitglied 31.12. Vorjahr ist erfüllt
Bei „Ja“: Auszahlung Festbetrag nach Staffelung Beitragszahler b)
Bei „Nein“: Prüfung Härtefallregelung c) sonst keine Auszahlung Festbetrag möglich.

b) **Ermittlung der neuen jährlichen Festbeträge** (Förderung kleinerer Ortsverbände)

Festbetrag bei 1–100 Beitragszahlern : 400 €
Festbetrag bei 101–400 Beitragszahlern : 800 €
Festbetrag ab 401 Beitragszahlern : 1.200 €

c) **„Härtefallregelung“**
Die Vermögensgrenze (10 €/Mitglied) wird nur geringfügig bis max. zur Höhe Festbetrag b) überschritten.

Möglicher Festbetrag nach b)
abzüglich Vermögensüberschreitung:
Auszahlung Festbetrag abzüglich Vermögensüberschreitung:

d) **Die max. Beitragsreduzierung** soll 10 % zum Bezug der Beitragseinnahmen am 31.12.2023 nicht überschreiten
(Betrifft voraussichtlich nur einige größere Ortsverbände über 400 Mitglieder)

Beitragsveränderung (Tabelle Beitrag „alt“ abzgl. Beitrag „neu“) (nur wenn negativ erfolgt Berechnung)
Max Kürzung 10 % Beitrag „alt“ gem. Tabelle
Summe Festbetragszuschlag

Festbetragszuschlag auf 100 € aufgerundet

Auszahlung durch den Landesverband an den Ortsverband GESAMTSUMME (b bis d)

oder keine Auszahlung wegen überschreiten der Vermögensgrenzen (dann hier null eintragen)

Dieses Formular mit Kassenbereicht kann auch per E-Mail an:
Buchhaltung@sovd-sh.de oder per Fax 0431-659594-95 eingereicht werden.

Für Rückfragen steht die Buchhaltung gerne zur Verfügung.

Datum Eingang tt.mm.jjjj
Datum Buchung tt.mm.jjjj
Datum Auszahlung tt.mm.jjjj

Kostenstelle (Buchhaltung)
Belegnummer (Buchhaltung)