

An  
Sozialverband Deutschland LV S.-H.  
- Buchhaltung -  
Maria-Merian-Str. 7  
24145 Kiel

**Formular zum Antrag auf Auszahlung des neuen Festbetrages für Ortsverbände ab 2025  
als neuer Bestandteil der OV-Beiträge gem. Landesverbandstagsbeschluss 06 2023**

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

**Ortsverbandsname (bitte ausfüllen):** \_\_\_\_\_

**OV Bankverbindung IBAN (bitte ausfüllen):** \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

**Telefonnummer oder E-Mail für Rückfragen (freiwillig):** \_\_\_\_\_

**Finanzstand (Bank/Kasse) aus dem Kassenbericht zum 31.12.2024:** \_\_\_\_\_

**Mitglieder zum 31.12.2024 (nur ausfüllen falls bekannt, sonst trägt Buchhaltung ein):** \_\_\_\_\_

**Beitragszahler zum 31.12.2024 (nur ausfüllen falls bekannt, sonst trägt Buchhaltung ein):** \_\_\_\_\_

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

**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. JA / NEIN

**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	_____	
<b>Festbetragszuschlag</b> 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 Kassenbericht kann auch per E-Mail an: [Buchhaltung@sovd-sh.de](mailto:Buchhaltung@sovd-sh.de) oder per Fax 0431-659594-95 eingereicht werden.  
Für Rückfragen steht die Buchhaltung gerne zur Verfügung.

Datum Eingang: \_\_\_\_\_  
Datum Buchung: \_\_\_\_\_  
Datum Auszahlung: \_\_\_\_\_

Kostenstelle (Buchhaltung): \_\_\_\_\_  
Belegnummer (Buchhaltung): \_\_\_\_\_