



**Bestätigung der/des Zuwendungsempfängenden über die monatlichen Zahlungen und der Innovationsfachkraft über den Erhalt der Gehälter in der vertraglich vereinbarten Höhe sowie Selbstauskunft zum Anteil der innovativen Aufgabe**

Antragsnummer: \_\_\_\_\_

Mittelabruf Nr.: \_\_\_\_\_

Abrechnungszeitraum: vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Anzahl der **enthaltenen** vollen Kalendermonate: \_\_\_\_\_

**Bestätigung**

Unternehmen:

Ich bestätige, dass

- die Gehaltszahlungen an die Innovationsfachkraft in vertraglich vereinbarter Höhe für die oben benannte Anzahl der Kalendermonate erfolgt sind und
- die Bearbeitung der innovativen Aufgabe den überwiegenden Anteil der Arbeitszeit der Innovationsfachkraft im Abrechnungszeitraum beansprucht hat.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Name (in Druckbuchstaben) und Unterschrift der/des Zuwendungsempfängenden/Stempel bzw. Siegel

Innovationsfachkraft:

Ich bestätige, dass

- ich die Gehaltszahlungen in vertraglich vereinbarter Höhe für die oben benannte Anzahl der Kalendermonate erhalten habe und
- die Bearbeitung der innovativen Aufgabe den überwiegenden Anteil meiner Arbeitszeit im Abrechnungszeitraum beansprucht hat.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Name (in Druckbuchstaben) und Unterschrift der Innovationsfachkraft

Sonstige Ausführungen und Hinweise:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_