

Anzeige bitte senden an:

Zuständiger Landkreis / kreisfreie Stadt (Leistungsträger)

Werkstatt für behinderte Menschen:

---

(Name und Adresse)

## Anzeige ausgelagerter Einzelarbeitsplatz

Herr / Frau:

---

(Name, Vorname)

geboren am

wohnhaft in:

---

(Straße, PLZ, Ort)

arbeitet auf einem ausgelagerten Einzelarbeitsplatz bei:

---

(Name des Unternehmens, Adresse)

seit/ab

Reduzierung der Leistungspauschale auf 85 % ab:

---

(Monat, Jahr)

---

Ort, Datum

---

Unterschrift WfbM

Anzeige bitte senden an:

Zuständiger Landkreis / kreisfreie Stadt (Leistungsträger)

Werkstatt für behinderte Menschen:

---

(Name und Adresse)

## Nachtrag

zur Anzeige ausgelagerter Einzelarbeitsplatz vom  
für Herrn/Frau

---

---

Anzeige

der Rückkehr in die WfbM seit/ab:

---

Anzeige

der Rückkehr auf den ausgelagerten Einzelarbeitsplatz seit/ab:

Reduzierung der Leistungspauschale auf 85% ab:

---

---

---

Ort, Datum

---

Unterschrift WfbM