

Antrag bitte senden an:

Zuständiger Landkreis / kreisfreie Stadt (Leistungsträger)

Werkstatt für behinderte Menschen:

(Name und Adresse)

Antrag auf Teilzeit

Herr / Frau:

(Name, Vorname)

geboren am

wohnhaft in:

(Straße, PLZ, Ort)

ggf. vertreten durch:

(vertretungsberechtigte Person / rechtliche Betreuung)

Beschäftigungsort: _____

beantragte wöchentliche Stundenzahl: _____ ab dem _____

Grund bitte auswählen:

- § 6 Abs. 2 WVO (Art und Schwere der Behinderung)
- § 6 Abs. 2 WVO (Erfüllung eines Erziehungsauftrags)
- Teilzeit nach Teilzeit- und Befristungsgesetz

Stundenverteilung:

	Stunden / Tag	vormittags	nachmittags
Montag			
Dienstag			
Mittwoch			
Donnerstag			
Freitag			

WfbM stimmt zu

- ja
- nein Begründung: _____

Reduzierung der Leistungspauschale auf _____ % ab dem 7. Monat der
Teilzeitbeschäftigung, zum _____

Antrag bitte senden an:

Zuständiger Landkreis / kreisfreie Stadt (Leistungsträger)

Zusätzliche Beförderungskosten _____ Euro _____

Sonstiges (z.B. Befristung, Wiedervorlage): _____

Ort, Datum

Unterschrift WfbM

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in bzw. rechtl. Betreuung

Bitte an die Werkstatt senden

Zuständiger (kommunaler) Leistungsträger der Eingliederungshilfe

(Name und Adresse)

Der Antrag auf Teilzeitbeschäftigung für

Herr / Frau:

(Name, Vorname)

geboren am

wohnhaft in:

(Straße, PLZ, Ort)

wurde im Rahmen der Gesamtplanung geprüft.

Der Leistungsträger stimmt der beantragten Teilzeitbeschäftigung zu:

ja

nein

Begründung: _____

Der Leistungsträger stimmt den zusätzlichen Beförderungskosten zu:

ja

nein

Begründung: _____

Sonstiges (z.B. Befristung, Wiedervorlage): _____

Ort, Datum

Unterschrift Leistungsträger