

An den
Landeswohlfahrtsverband Hessen
- Integrationsamt -
Ständeplatz 6 – 10
34117 Kassel

Antrag auf

- ☐ Leistungen für die **Anerkennung als** Inklusionsbetrieb
☐ Leistungen für den **Besonderen Aufwand nach § 217 SGB IX**

für die Zeit vom 01.07._____ bis 30.06._____.

1. Angaben zum Antragssteller

Name des Inklusionsbetriebes	Aktenzeichen des LWV Hessen - Integrationsamtes (falls bekannt)
Anschrift des Inklusionsbetriebes	
Branche	
Gesellschafter	
Kontaktperson bei Rückfragen	
Bankverbindung	

Wir versichern, die vorstehenden Angaben richtig, vollständig und nach bestem Wissen gemacht zu haben. Wir verpflichten uns, jede Änderung in den in diesem Antrag enthaltenen Angaben unverzüglich mitzuteilen. Uns ist bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgefordert werden, wenn ihre Gewährung von uns vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt worden ist.

Ort, Datum

Unterschrift

Datenschutzerklärung

Wir sind mit der Verarbeitung und Speicherung der von uns in den Antragsvordrucken gemachten Angaben einverstanden. Die Angaben in den Akten und automatisierten Dateien werden für statistische Auswertungen verwandt. Diese Einwilligungserklärung kann verweigert bzw. jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift