

**Antrag auf Erstattung
von Aufwendungen für die Fort- / Weiterbildung von Führungskräften in hessischen
Inklusionsbetrieben zu Themen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements**

Landeswohlfahrtsverband Hessen
Integrationsamt
Funktionsbereich 214.3
Ständeplatz 6 – 10
34117 Kassel

1. Angaben zum Antragssteller

Name des Inklusionsbetriebes	Aktenzeichen des Integrationsamtes (falls bekannt)
Anschrift des Inklusionsbetriebes	
Branche	
Gesellschafter	
Kontaktperson bei Rückfragen	
Bankverbindung (IBAN; BIC, Name des Kreditinstituts)	
IBAN: _____ BIC: _____	
Name Kreditinstitut: _____	

2. Angaben zur beantragten Leistung

Veranstalter der Fort- / Weiterbildung *	
Veranstaltungsort *	Veranstaltungszeitraum *
Thema der Fort- / Weiterbildung *	
Teilnehmer/in des Inklusionsbetriebes *	Position im Inklusionsbetrieb
Teilnehmer/in des Inklusionsbetriebes *	Position im Inklusionsbetrieb
Teilnehmer/in des Inklusionsbetriebes *	Position im Inklusionsbetrieb
Teilnehmer/in des Inklusionsbetriebes *	Position im Inklusionsbetrieb
Teilnehmer/in des Inklusionsbetriebes *	Position im Inklusionsbetrieb
Die Netto-Gesamtkosten belaufen sich auf *	

* Bitte Nachweise beifügen

3. Abschließende Erklärung

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