

_____, den _____
(Firma/Dienststelle)

**Landschaftsverband Westfalen-Lippe
- LWL-Inklusionsamt Arbeit-**

48133 Münster

Abruf der bewilligten Mittel aus der Ausgleichsabgabe

Bewilligungsbescheid vom _____, Az.: 61L-_____

Abrechnungszeitraum vom _____ bis _____

Ausfalltage des schwerbehinderten Menschen (unbedingt angeben):

- keine oder _____ Arbeitstage wegen Krankheit **mit** Lohnfortzahlung aufgrund Entgeltfortzahlungsgesetz (6 Wochen)
- keine oder _____ Arbeitstage wegen Krankheit **ohne** Lohnfortzahlung oder aufgrund tariflicher/einzelvertraglicher Regelungen über 6 Wochen hinaus
- keine oder _____ Arbeitstage wegen Kurzarbeit **(bitte Verdienstabrechnung beifügen)**
- keine oder _____ Arbeitstage **ohne** Lohnfortzahlung aus anderen Gründen (z. B. unbezahlter Urlaub, unentschuldigtes Fehlen, bitte angeben):

Ich bitte um Überweisung auf das Konto

IBAN: _____

BIC: _____

Verwendungszweck _____ (falls gewünscht)

bei Rückfragen wenden Sie sich an

Herrn/Frau _____ Tel.-Nr.: _____

E-Mail: _____

(Unterschrift)