

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Firma/Dienststelle)

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

**48133 Münster**

### **Abruf der bewilligten Mittel aus der Ausgleichsabgabe**

**Bewilligungsbescheid vom \_\_\_\_\_, Az.: 61LAK-\_\_\_\_\_**

**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)