

Datum
Aktenzeichen Hauptfürsorgestelle/Fürsorgestelle

ANTRAG AUF FINANZIELLE HILFE AUS MITTELN DER AUSGLEICHSABGABE

Angaben zur Person des/der Schwerbehinderten

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)		☎ (Ortsnetz, Ruf-Nr.)	
Beruf	beschäftigt als	seit	
mtl. Nettoeinkommen (Belege bitte beifügen)	Rentenbezüge (Belege bitte beifügen)	mtl. Belastungen (Belege bitte beifügen)	
Bankverbindung bei (Bank, Sparkasse etc.)	Konto-Nr.	Bankleitzahl	

Angaben zum Arbeitgeber

Firmenname, Anschrift, ☎ (Ortsnetz, Ruf-Nr.)
--

Angaben zur Behinderung

Grad der Behinderung (GdB)	→ Nachweise bitte beifügen (Bescheid des Versorgungsamtes)
Art der Behinderung	Kennzeichen a.d. Ausweis (z.B. H.G, aG, BN)

Was wird beantragt? → Bildprospekt, Angebot, Kostenaufstellung, Bauzeichnungen etc. (bitte als Anlage beifügen)

--

In welcher Weise soll die beantragte Hilfe die Situation hinsichtlich der Behinderung verbessern?

--

Unterschrift

--