

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

Landschaftsverband Westfalen-Lippe  
- LWL-Integrationsamt Westfalen -

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)