**Antrag auf Platzfreihaltegeld**

**für Werkstätten für behinderte Menschen**

**(1)**

Krankmeldung/Platzfreihaltegeld **bis zum 21. Tag** (unverzüglich nach Ende der Krankheit anzuzeigen)

**Name und Anschrift der Einrichtung:**

**Name:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Az.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**krank von: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Hiermit wird erklärt, dass die Notwendigkeit des Freihaltens des Platzes besteht/bestand und der Platz tatsächlich freigehalten wird/wurde.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ort, Datum) (Unterschrift)