**Antrag auf Platzfreihaltegeld**

**für Werkstätten für behinderte Menschen**

**(2)**

Antrag auf Platzfreihaltegeld bei Krankheit **über 21 Tage** (unverzügliche Anzeige wenn sich andeutet, dass die Erkrankung eines Leistungsberechtigten länger als 21 Tage dauert und die Betreuung fortgesetzt werden soll)

**Name und Anschrift der Einrichtung:**

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

**Krank seit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Voraussichtliche Dauer der Erkrankung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Besondere Einzelfallbegründung warum die Beschäftigung auf dem Arbeitsplatz nach Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit notwendig ist und eine Beschäftigung auf einem anderen Arbeitsplatz nicht in Betracht kommt:**

**Hiermit wird erklärt, dass der Platz tatsächlich freigehalten wird.**

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

(Ort, Datum) (Unterschrift)