

Landkreis / kreisfreie Stadt:

Datum:

Landesamt für Soziales und Versorgung
 Land Brandenburg
 Integrationsamt
 Lipezker Straße 45, Haus 5
 03048 Cottbus

Beauftragung zur Erstellung einer fachdienstlichen Stellungnahme durch den Integrationsfachdienst

Budget für Arbeit § 61 SGB IX

Geschäftszeichen Landkreis/kreisfreie Stadt:	Ansprechpartner Landkreis / kreisfreie Stadt	Telefon / E-Mail:
--	--	-------------------

Angaben zum Budgetnehmer

Name:	Vorname:
Anschrift (Straße, PLZ, Ort, Telefon):	

geboren am:	Telefon:
-------------	----------

Schulabschluss:
<input type="checkbox"/> kein Abschluss <input type="checkbox"/> Förderschule <input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="checkbox"/> Mittlere Reife <input type="checkbox"/> Abitur

Berufsabschluss:
<input type="checkbox"/> kein Abschluss <input type="checkbox"/> ja, als <input type="checkbox"/> Spezialkenntnisse

Außenarbeitsplatz beim Arbeitgeber:	Praktikum beim Arbeitgeber:
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von-bis:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von-bis:

Angaben zur WfbM oder zum anderen Leistungsanbieter (§ 60 SGB IX)

Name der WfbM oder des anderen Leistungsanbieters / Ansprechpartner:
Anschrift (Straße, PLZ, Ort):
Telefon / Fax:

Angaben zum Arbeitgeber

Firmenname / Ansprechpartner:
Anschrift (Straße, PLZ, Ort):
Telefon / Fax:

Angaben zum Arbeitsverhältnis (geplant)

Tätigkeit als:	Einstellung vorgesehen ab:
Tätigkeitsbeschreibung liegt vor: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte beifügen)	
Vollzeit (in Stunden):	Teilzeit (in Stunden):
Schichtarbeit: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art:	
Entlohnung: <input type="checkbox"/> Gehalt <input type="checkbox"/> Stundenlohn <input type="checkbox"/> Leistungslohn, mtl. Bruttoeinkommen:	
Besonderheiten:	

Bemerkungen zur Beauftragung

Datum	Unterschrift Landkreis