

Anlage 2 des RS ALA..03/2021
LASV
Dezernat 44
Lipezker Straße 45, Haus 5
03048 Cottbus

**Antrag auf Prüfung der fachlichen Anforderungen an einen „anderen Leistungsanbieter“
gemäß § 60 SGB IX**

**Informationen des örtlichen Trägers der Eingliederungshilfe
zum Antrag von (Antragsteller)**

1. Angaben zum örtlichen Träger der Eingliederungshilfe
Bezeichnung/en:
Anschrift/en:
Telefonnummer:
E-Mail-Adresse:
Ansprechpartner:
2. Name des Antragstellers
3. Ist der Antragsteller bereits ein Erfahrungsträger im Bereich der Eingliederungshilfe Wenn ja, auf welchem Gebiet der Teilhabe?
4. Datum der Kenntnisnahme des Antrages durch den örtlichen Träger der Eingliederungshilfe.
5. Wurde vor oder nach der Einreichung des Antrages ein Gespräch mit dem Antragsteller geführt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

6. Standorte der Betriebsstätte(n) und/oder der Arbeitsplätze in Unternehmen/ Betrieben auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt /Erreichbarkeit (§ 8 Abs. 2, 3 Werkstättenverordnung).

a) Ist bei der Wahl des Standortes der Betriebsstätte die Einbindung in die regionale Wirtschafts- und Beschäftigungsstruktur berücksichtigt worden? (nur von Bedeutung, wenn eine Betriebsstätte mit Arbeitsplätzen im Arbeitsbereich beantragt wurde)

- ja
- nein

Anmerkungen:

b) Sind die Arbeitsplätze des „anderen Leistungsanbieters“ mit öffentlichem Verkehrsmittel erreichbar?

- ja
- nein

Anmerkungen:

c) Ist für die Inanspruchnahme des Angebotes ein Fahrdienst notwendig?

- ja
- nein

Anmerkungen:

7.Folgende regionale Besonderheiten sind des Weiteren bei der Prüfung zu berücksichtigen:

8. Der örtliche Träger der Eingliederungshilfe hat ein besonderes Interesse an der Schaffung bzw. der Erweiterung des Angebotes „anderer Leistungsanbieter“:

ja

nein

Begründung:

.....
Datum

.....
Unterschrift.