Mittelabruf HePAS 2024 – Ausgleich und Übergangsprämie WfbM

Name, Anschrift (WfbM-Träger):	Ort/Datum
	Kontaktperson WfbM für Rückfragen: Tel.-Nr.:

Anschrift (Leistungsgeber):

Landeswohlfahrtsverband Hessen
Integrationsamt
Ständeplatz 6-10
34117 Kassel

Mittelabruf für den Ausgleich und die Übergangsprämie WfbM

Bewilligungsbescheid vom: _____

Geschäftszeichen: _____

Lt. o.a. Bewilligungsbescheid wurde ein Ausgleich und eine Übergangsprämie an die WfbM in Gesamthöhe von _____ € bewilligt.

Abruf der 1. Teilprämie: ☐	Abruf der 2. Teilprämie: ☐

Wir bestätigen, dass die Maßnahme nach dem o. a. Bewilligungsbescheid noch umgesetzt wird.

Unterschrift Arbeitgeber: (Ort, Datum)	Unterschrift Arbeitnehmer/in: (Ort, Datum)

Um Überweisung der Teilprämie auf nachfolgende Bankverbindung wird gebeten:

IBAN:	ggf. BIC:
Kreditinstitut:	

Rechtsverbindliche Unterschrift des WfbM-Trägers:

(Ort, Datum) (Unterschrift / Stempel)