

Kostenübernahmeerklärung

für eine Schulung nach § 185 Abs. 2 Satz 6 SGB IX,
§ 29 Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung

Arbeitgeber (bitte geben Sie hier Ihre Firmenangaben ein)

Hiermit erklären wir uns bereit die Kosten zu übernehmen für

Arbeitnehmer/in _____
(Name, Vorname)

Kurs Nr. _____

vom _____ bis _____

in _____
(Hotelname, Ort)

für die Teilnehmerpauschale gem. Kursangebot 2024

in Höhe von € _____

Datum

Unterschrift, Stempel

Dieses Formular finden Sie auch unter www.kurse-inklusionsamt-bayern.de