

# 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 2021

in Höhe von € \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Stempel

Dieses Formular finden Sie auch unter [www.kurse-inklusionsamt-bayern.de](http://www.kurse-inklusionsamt-bayern.de)