

Antrag vom:	Name, Vorname der nachfragenden Person:	Geb.-Datum:
-------------	---	-------------

Anlage T: Teilstationäre Eingliederungshilfe in Werkstätten für behinderte Menschen

92	Name der Einrichtung/Werkstatt für behinderte Menschen: _____
93	Beginn der Maßnahme: _____
94	Fachbereich: <input type="checkbox"/> Arbeits-/Produktionsbereich <input type="checkbox"/> _____ _____
95	Bisherige Förderungsmaßnahme/n (z.B. Maßnahmen im Berufsbildungsbereich in einer anerkannten WfbM): von: _____ bis: _____ in: _____ Kostenträger dieser Maßnahme: _____ von: _____ bis: _____ in: _____ Kostenträger dieser Maßnahme: _____ von: _____ bis: _____ in: _____ Kostenträger dieser Maßnahme: _____

96	Ist/Wird gleichzeitig eine Wohnheimunterbringung beantragt bzw. durchgeführt? <input type="checkbox"/> nein
97	<input type="checkbox"/> ja, in folgender Einrichtung: _____
98	Wo wurde die Kostenübernahme beantragt bzw. wer ist der Kostenträger? _____
99	Ggf. Datum und Aktenzeichen der Kostenzusicherung: _____