|  |  |
| --- | --- |
| **KN-Nr.** | **Einrichtung** |

**wird vom Kunden ausgefüllt**

**wird von pCC FKS ausgefüllt**

**Voraussetzungen lt. AZAV sind weiterhin gegeben.**

Ja

Nein, Rücksprache mit dem Träger erforderlich

     

Ort, Datum Unterschrift Leiter FKS

**wird von pCC FKS ausgefüllt**

|  |
| --- |
|  |

**Erweiterung Fachbereich:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung nach § 45 Absatz 1 Satz 1  Nummer 1 bis 5 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch | |
|  | Ausschließlich erfolgsbezogen vergütete Arbeitsvermittlung nach § 45 Absatz 4 Satz 3 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch | |
|  | Maßnahmen der Berufsauswahl und Berufsbildung nach dem Dritten Abschnitt des Dritten Kapitels des Dritten Buches Sozialgesetzbuch | |
|  | Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung nach dem vierten Abschnitt des Dritten Kapitels des Dritten Buches Sozialgesetzbuch | |
|  | Maßnahmen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben nach dem Siebten Abschnitt des Dritten Kapitels des Dritten Buches Sozialgesetzbuch | |
|  | | |
|  | neuer Standortes | **Angaben zum neuen Standort** |
|  |  | Name des Trägers  Straße  PLZ       Ort  Geltungsbereich:  FB 1  FB 2  FB 3  FB 4  FB 6  Anzahl MA |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | zeitweiliger Standorte | Maßnahme: |
|  |  | Zulassungsnummer: |
|  |  |  |
| **Vorlage geeigneter Dokumente und Unterlagen:**  **z.B.: Mietvertrag, Grundriss und Ausstattung aller notwendigen Räumelichkeiten** | | |
|  | | |
|  | Änderung am Standort | Name des geänderten Standortes |
|  |  | Änderung betrifft |
|  | Änderung an mehreren Standorten |  |
|  | | |
|  | Sonstige Änderungen | |