|  |  |
| --- | --- |
| **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 3des Dritten Buches Sozialgesetzbuch  |
|[ ]  Maßnahmen der Berufsauswahl und Berufsbildung nach dem Dritten Abschnitt des DrittenKapitels des Dritten Buches Sozialgesetzbuch  |
|[ ]  Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung nach dem vierten Abschnitt des Dritten Kapitelsdes Dritten Buches Sozialgesetzbuch  |
|[ ]  Maßnahmen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben nach dem Siebten Abschnittdes 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 6Anzahl 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      |