

Aktenzeichen: _____

Name und Anschrift:

E i n v e r s t ä n d n i s e r k l ä r u n g

Ich bin damit einverstanden, dass zur Beurteilung meines Antrages für ein Budget für Arbeit nach § 61 SGB IX dem Inklusionsamt Region Mittelfranken und dem Integrationsfachdienst Mittelfranken die dem Bezirk Mittelfranken vorliegenden Unterlagen weitergeleitet werden.

Ort, Datum

Unterschrift