1a Träger der Maßnahme:

Sonderzuschüsse S

4 Maßnahme, **5** Ort, **6** Termin

Für die unten aufgeführten TeilnehmerInnen an der Maßnahme treffen folgende Voraussetzungen zu:

a) Der/Die TeilnehmerIn ist behindert im Sinne des Schwerbehindertengesetzes.

b) Der/Die TeilnehmerIn entstammt einer Familie, die sich in einer finanziellen Notsituation befindet (z.B. Sozialhilfeempfänger)

c) Der/Die TeilnehmerIn entstammt einer Familie, die Arbeitslosenhilfe bezieht.

a	b	c	N a m e	Alter	Anschrift: Straße, Hausnr., Wohnort

Hiermit wird aus eigener Kenntnis bestätigt, dass die o.a. Voraussetzungen zutreffen und dass die genannten TeilnehmerInnen in den Genuss der Sondermittel gelangt sind.

....., den .....

.....

1 b Rechtsverbindliche Unterschrift des Trägers **oder**

2 b Unterschrift des/der LeiterIn der Maßnahme