

Beiblatt zur Geltendmachung von Ausfallkosten LVR Inklusionsamt

Auftragsnummer:

Aktenzeichen:

Folgender Auftrag/Einsatz wurde innerhalb von 3 Werktagen vor dem Einsatz abgesagt:

Datum des Einsatzes:

Uhrzeit: (von/bis)

Name der Beschäftigten mit Hörbehinderung

Name und Anschrift der Firma

Grund der Absage: (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Beschäftigte mit Hörbehinderung krank/verhindert

Ansprechperson der Firma - krank/verhindert

IFD-Mitarbeitende krank/verhindert

Organisatorische Gründe bei der Firma

Die Absage erfolgte am:

um:

Uhr

Per: SMS/Messenger Dienst

Email

Telefon

persönlich vor Ort:

Durch: Firma

Veranstaltenden

Beschäftigte mit Hörbehinderung

Sonstige:

Name der absagenden Person:

Die Anfrage für einen Ersatztermin erfolgte bei der SuKo bei:

Name der Mitarbeiterin:

Datum:

Uhrzeit:

Ersatztermin wurde von der SuKo vermittelt: Ja Nein

Datum:

Unterschrift: