



**Schwerbehinderung:**     nein     ja    Grad der Behinderung: \_\_\_\_\_

Ärztliches Gutachten und der Bescheid vom Versorgungsamt sind beigelegt!

**Beschäftigungsübersicht:**

<b>Beschäftigung in einer geschützten Einrichtung:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    vom - bis		
Gutachten des Fachausschusses ist beigelegt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    Datum:		
Wenn nein: Anschrift der Einrichtung:		
<b>Beschäftigung außerhalb einer geschützten Einrichtung:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
zuletzt beschäftigt als	täglicher Umfang	vom - bis

**Eine Erklärung des/der Antragsteller/in über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist beigelegt.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Anlagen**