

Förderanfrage

AGS (Arbeitgeberservice - Wir stehen Arbeitgebern mit Rat und Tat zur Seite)**Tel.: 03433 241-8484 Fax.: 03433 241-7065 E-Mail: arbeitgeberservice@lk-l.de**Firma: besteht seit: Branche: Adresse: PLZ: Ort: Ansprechpartner: **Betriebs- Nr.:** Telefon: Fax: E-Mail:

Arbeitnehmerdaten:

Name: Vorname: Geb.-Datum: geplante Tätigkeit: geplante Einstellung: PLZ: Einsatzort: Arbeitsverhältnis: ☐ Dauer ☐ Befristung bis: Stunden / Wo.: Grad der Schwerbehinderung:

Ist der Arbeitnehmer bereits früher in Ihrem Betrieb beschäftigt gewesen?

☐ ja ☐ neinWenn ja, vom bis

Datum:

Stempel / Unterschrift