

**Amt der Vorarlberger Landesregierung**  
 Abteilung Soziales und Integration (IVa)  
 Römerstraße 15  
 6901 Bregenz

Eingangsstempel des Landes

## Verlängerung Lohnkostenzuschuss für das Jahr \_\_\_\_\_

(bitte vollständig ausfüllen)

Name:			
Sozialvers.-Nr.		Geburtsdatum:	
Beschäftigt seit:			
Grad der Behinderung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Bescheid des Sozialministeriums beilegen)		

Dienstverhältnis ist aufrecht:  Ja  Nein

Art des Dienstverhältnisses:  Arbeiter/in  Angestellte/r

Vereinbartes Entgelt:  Monatsgehalt: \_\_\_\_\_  Stundenlohn: \_\_\_\_\_  
 (brutto) (brutto)

Wochenarbeitszeit: \_\_\_\_\_ Stunden

Pensum: \_\_\_\_\_ % lt. Kollektivvertrag

Firmenname:		
Anschrift der Firma:		
Telefonnummer:		
E-Mail:		
Kontaktperson in der Firma:		
Bankverbindung:	IBAN:	
	BIC:	

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

\_\_\_\_\_  
 Firmenstempel/Unterschrift

Beigelegte Unterlagen:

Jahreslohnkonto über den letzten gewährten Zeitraum des Lohnkostenzuschusses