

Bitte senden an:

Tel.: 0251-6185-150, Fax: 0251-6185152, Email: [SiKA@parisozial-muensterland.de](mailto:SiKA@parisozial-muensterland.de)

## Beiblatt zur Geltendmachung von Ausfallkosten bei der SiKA/ beim LWL-Inklusionsamt Arbeit

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 SiKA bei:

Name der Mitarbeiterin: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Ersatztermin wurde von der SiKA vermittelt: Ja  Nein

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**SiKA**

Sichere Kommunikation am Arbeitsplatz i.A. des LWL-Inklusionsamts Arbeit  
Parisozial Münsterland gGmbH, Dahlweg 112, 48153 Münster