

PEERBERATUNG – ABGELTUNG DER AUFWÄNDUNGEN

nach dem Oö. Chancengleichheitsgesetz, LGBl. Nr. 41/2008



LAND

OBERÖSTERREICH

Zutreffendes ankreuzen!

SGD-So/E-34

Dieser Antrag ist bei der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde _____ abzugeben.

Angaben zum Peer

Name	Familienname _____ <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich Vorname _____ Geb.-Datum _____
Adresse	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____ Telefon _____ Fax _____ E-Mail _____
Bankverbindung	Institut _____ Bankleitzahl _____ Konto-Nr. _____

Angaben zum/zur Leistungsempfänger/in

Name	Familienname _____ <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich Vorname _____ Geb.-Datum _____
Adresse	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____
Welche Hauptleistung/en wurde/n bescheidmässig zuerkannt? _____ _____	

Leistungen

Vorberatung	
Fand eine Vorberatung statt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, Datum _____ Dauer (max. 2 Stunden) _____
Assistenzkonferenz	
Datum	1. Termin: _____ 2. Termin: _____ 3. Termin: _____
Dauer	Anzahl der gesamten Stunden: _____

ChG 9

