

Absender:
 Name:
 Straße:
 PLZ / Ort:

Landratsamt Bautzen
 Ausländeramt
 Macherstraße 55
01917 Kamenz

**Teilnehmerliste zum Antrag auf
 Kostenerstattung gemäß
 Förderrichtlinie Integrative
 Maßnahmen des SMS in der
 Fassung vom 05.08.2016**

Träger: _____ Aktenzeichen: _____ Laufzeit: _____

Nr.	Name, Vorname	Datum	Unterschrift
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

Nr.	Name, Vorname	Datum	Unterschrift
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

Teilnehmerliste zum Antrag auf Kostenerstattung gemäß Förderrichtlinie IM - 03/2017

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!