



Vereinbarung

zur Teilnahme an der gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung zwischen der Werkstatt der Lebenshilfe Hamm e.V., vertreten durch die Werkstattdirektion und

Herr / Frau: _____ Allg.-Pers.-Nr.: _____

Adresse: _____

Ggf. vertreten durch: _____
(gesetzl. Betreuung)

Mir werden Leistungen gem. §42b Abs. 2 SGB XII i.V. m. §2 Abs. 1 Satz 2 der Sozialversicherungsentgeltverordnung gewährt.

Ich nehme an der Mittagsverpflegung teil. JA NEIN

Wenn JA dann bitte folgenden Text ergänzen:

Ich besuche die Werkstatt regelmäßig an _____ Tagen in der Woche.

Sonderkost wird benötigt: ja nein (! Bei Bedarf ärztliches Attest beifügen!)

Um einen unverhältnismäßigen Verwaltungsaufwand zu vermeiden, werden zzt. für 2020 folgende gleichbleibenden Monatspauschalen zu Grunde gelegt:

Regelmäßige Arbeitstage	Monatspauschale (Stand: 2020)
5- Tage Arbeitswoche	64,60 Euro
4- Tage Arbeitswoche	51,00 Euro
3- Tage Arbeitswoche	37,40 Euro

Diese Pauschale entspricht der Höhe des Mehrbedarfes, der Empfängern von Leistungen gem. §42b Abs. 2 SGB XII i.V. m. §2 Abs. 1 Satz 2 der Sozialversicherungsentgeltverordnung gewährt wird und wird am Ende des Folgemonats vom Beschäftigtenentgelt einbehalten.

Ändert sich in Folgejahren die Pauschale in der Sozialversicherungsentgeltverordnung ändern sich die Monatswerte entsprechend. Sollten die Kosten für die Mittagsverpflegung durch notwendige Sonderkost nicht durch die Pauschale gedeckt sein, wird der darüber hinaus gehende Betrag separat berechnet und mittels der Entgeltabrechnung einbehalten.

Berücksichtigt sind pauschale Abwesenheitszeiten durch Feiertage, Krankheit und Urlaubstage (sowie Betriebsurlaub).

Erstellt Hr. Heinert am 08.07.2020		Geändert von
--	--	--------------



Diese Vereinbarung tritt zum _____ in Kraft und bleibt zunächst bis zum 31.12.2021 gültig und verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn nicht spätestens bis zum 30.09. des lfd. Jahres von einer der Parteien eine Kündigung erfolgt.

Bei vorheriger Beendigung der Maßnahme bleibt die Vereinbarung bis zum Letzten des Monats in dem die Maßnahme beendet wird gültig.

Zur Prüfung des Anspruchs bin ich mit der Weitergabe dieser Vereinbarung an den Leistungsträger (Sozialamt) einverstanden.

Ort, Datum

Ort, Datum

Lebenshilfe Hamm e.V. / Werkstatt

Leistungsberechtigte/r oder der Betreuer/in