



Antrag auf Mitgliedschaft

Bundesarbeitsgemeinschaft
Werkstätten für behinderte Menschen e. V.
Oranienburger Straße 13/14
10178 Berlin

Telefon: +49 30 94413300
E-Mail: info@bagwfbm.de

Werkstattsträger		
Name		
Straße		Hausnr.
PLZ	Ort	Bundesland
Telefon	E-Mail	
Internet		
Geschäftsführung		
Name	Vorname	Titel
Telefon	E-Mail	
Hauptwerkstatt		
Name		
Straße		Hausnr.
PLZ	Ort	Bundesland
Telefon	E-Mail	
Internet		
Werkstatteleitung		
Name	Vorname	Titel
Telefon	E-Mail	
Organisationsstruktur		
Ist die öffentliche Hand Eigentümerin (Eigenbetrieb)? (Stadt, Kreis, SH-Träger)	Ja	Nein
Ist die öffentliche Hand Anteilseignerin (Mitgesellschafterin) an der GmbH?	Ja	Nein
Vom Finanzamt als gemeinnützig anerkannt?	Ja	Nein
Registriernummer bei der Bundesagentur für Arbeit		
Werkstattladen		
Name		
Straße		Hausnr.
PLZ	Ort	
Telefon	E-Mail	
Mitglied in einem Spitzenverband		
Mitglied in einem Fachverband		

Statistische Daten zur Platz- und Platzbedarfserhebung und Berechnung des Mitgliedsbeitrags

Anzahl aller Betriebsstätten der Werkstatt		
Hauptwerkstatt, Zweigwerkstätten, Außenstellen		
Anzahl der belegten Plätze in allen Betriebsstätten der Werkstatt		
Plätze im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich		
Plätze im Arbeitsbereich inkl. Plätze in Fördergruppen mit Sozialversicherung (Die Personen erbringen ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung)		
Förderstätten (die geförderten Personen sind nicht sozialversichert)		
Anzahl der Förderstätten		
Plätze in Förderstätten nach §219 Abs. 3 SGB IX (kein Werkstattstatus) Die geförderten Personen erbringen kein Mindestmaß wirtschaftlicher Arbeitsleistung.		
Gesamtsumme aller Plätze (wird automatisch berechnet)		
Anzahl der wesentlichen Behinderungen		
geistig (auch Menschen mit geistiger Behinderung, die mehrfach behindert sind)		
psychisch		
körperlich (Menschen mit körperlicher, aber ohne geistige Behinderung)		
Wünschen Sie für Werkstätten und Förderstätten getrennte Rechnungen?	Ja	Nein
Inklusionsbetriebe		
Anzahl der Inklusionsbetriebe		
Plätze für behinderte Menschen in den Inklusionsbetrieben		
Bemerkungen		

Werte müssen
identisch sein

Hiermit stellen wir den Antrag auf Mitgliedschaft zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Ort	Datum	Unterschrift
-----	-------	--------------

Wird von der BAG WfbM ausgefüllt	Mitgliedsnummer	
Präsidium am	LAG WfbM am	
ab	Antwort am	