

**Förderung von Maßnahmen für Inklusion und Teilhabe  
von Menschen mit Behinderung  
Bewilligungszeitraum: 01. Januar bis 31. Dezember**

Verbandsstufe:

\_\_\_\_\_ (Genaue Postanschrift)

Maßnahmeleiter:

\_\_\_\_\_

Bezirksgeschäftsstelle:

\_\_\_\_\_

**G e s a m t b e r i c h t z u r B e g e g n u n g s m a ß n a h m e  
v o m**

---

\_\_\_\_\_  
Unterschrift