

Antragsteller (Name und Anschrift des Arbeitgebers)

Ansprechpartner/in beim Arbeitgeber

Telefon	Fax
E-Mail	

**Fragebogen / Antrag
auf Leistungen nach der
Schwerbehinderten-
Ausgleichsabgabeverordnung
(SchwbAV)**

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen!

**Leistungen zur behindertengerechten Einrichtung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen
(§ 26 SchwbAV)**

Aktenzeichen des Integrationsamtes

1. Allgemeine Angaben

Betriebsnummer

Bei dem Ort der beantragten Maßnahme handelt es sich um einen

Hauptbetrieb selbständigen Nebenbetrieb unselbständigen Nebenbetrieb

Anschrift der beantragten Maßnahme, falls abweichend von oben

Bankver- bindung	Name/Sitz der Bank	
	Kontoinhaber/in	
	IBAN (Internat. Bank Account Number, Internat. Bankkontonummer) bzw. Konto-Nr.	
	BIC (Bank-Identifizierungs-Code) bzw. Bankleitzahl	

Arbeitgeber Steuernummer	Besteht allgemein oder für das geplante Vorhaben Vorsteuerabzugsberechtigung nach § 15 UstG? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--------------------------	--

Zuständiges Finanzamt des Arbeitgebers

Beschäftigte	Anzahl der aktuell im Betrieb Beschäftigten	davon schwerbehindert/gleichgestellt
--------------	---	--------------------------------------

Die aktuell im Unternehmen erreichte Pflichtquote beträgt %	Die Pflichtquote wird erreicht <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
---	--

Schwerbehindertenvertreter/in <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	Name, Vorname	
	Telefon	E-Mail

Betriebs- bzw. Personalrat <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	Name, Vorname	
	Telefon	E-Mail

Wurde bei einer anderen Stelle ein Antrag auf gleichartige Leistungen gestellt (z. B. Eingliederungshilfen)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Datum am
--	-------------

Antrag auf gleichartige Leistungen gestellt bei (Name und Anschrift der betreffenden Stelle/AZ)

2. Angaben zur/zum betreffende/n Beschäftigten

Name, Vorname		Geburtsdatum					
Anschritt/ Telefon	Straße, Hausnummer		Telefon				
	PLZ <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						Wohnort
Der/die betreffende Beschäftigte ist <input type="checkbox"/> gleichgestellt <input type="checkbox"/> anerkannt <input type="checkbox"/> schwerbehindert							
		Grad der anerkannten Behinderung (GdB) <table border="1"><tr><td> </td></tr></table>					
Gültigkeit des Schwerbehindertenausweises von		Datum <table border="1"><tr><td> </td></tr></table>		bis Datum <table border="1"><tr><td> </td></tr></table>			
<input type="checkbox"/> Ein Antrag auf Feststellung einer Schwerbehinderung/Gleichstellung wurde gestellt bei		Datum <table border="1"><tr><td> </td></tr></table> am					
Der/die betreffende Beschäftigte bezieht eine Rente <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja beantragt am:			Datum <table border="1"><tr><td> </td></tr></table>				
Leistungsträger der Rente (Adresse/AZ)			Rentenart				
Ursache der Behinderung							
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Unfall durch Fremdverschulden <input type="checkbox"/> angeboren <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> <small>bitte angeben</small>							
<input type="checkbox"/> Ansprüche gegen Dritte wegen der vorliegenden Behinderung bestehen gegen:							
Name/Anschritt <table border="1"><tr><td> </td></tr></table>							
<input type="checkbox"/> Der/Die Beschäftigte ist bei uns beschäftigt seit		Datum	wöchentliche Arbeitszeit (Std.)				
Der/Die betroffene Beschäftigte ist/wird bei uns beschäftigt <small>bitte angeben</small>							
als <input type="checkbox"/> Auszubildende/r <input type="checkbox"/> Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Angestellte/r <input type="checkbox"/> Beamtin/er <input type="checkbox"/> Leiharbeitnehmer/in <input type="checkbox"/> <small>i.S.d. AUG</small>							
(vorgesehene) Tätigkeit als (Stellenbezeichnung)			Einsatzort				
erlernter Beruf des/der Beschäftigten							
Die Beschäftigung ist <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet		Zeitraum der Befristung von bis					
Der/die Beschäftigte wird auf mehrere Pflichtplätze angerechnet		<input type="checkbox"/> ja, auf <table border="1"><tr><td> </td></tr></table> Plätze		<input type="checkbox"/> nein			

3. Angaben zur beantragten Leistung

Zu erfüllende Hauptarbeitsaufgaben am Arbeitsplatz (Art und prozentualer Anteil)

<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>	

Vorhandene Ausstattung des Arbeitsplatzes (Arbeitsmittel, Arbeitsgegenstände)

--

Beantragt werden folgende behinderungsspezifische Ausstattungsgegenstände

--

Begründung

--

