

Name und Anschrift des Arbeitgebers
-------------------------------------

Ansprechpartner/in beim Arbeitgeber	
Telefon	Fax
E-Mail	

**Antrag  
der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers  
auf Gewährung einer finanziellen  
Leistung aus Mitteln der  
Ausgleichsabgabe**

Betriebsnummer Ihres Unternehmens
-----------------------------------

Zutreffendes bitte ankreuzen  oder ausfüllen!

<input type="checkbox"/> Neuschaffung eines Arbeitsplatzes	<input type="checkbox"/> Umsetzung auf einen neu zu schaffenden Arbeitsplatz
<input type="checkbox"/> behinderungsbedingte (Zusatz) Ausstattung	<input type="checkbox"/> Gebärdensprachdolmetscherleistungen
<input type="checkbox"/> Beschäftigungssicherungszuschuss (BSZ) - anteiliger Ausgleich- Minderleistung	<input type="checkbox"/> anteiliger Ausgleich betriebsinterner personeller Unterstützung

**1. Angaben zum Arbeitgeber**

Anzahl der im Unternehmen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten	gesamt	davon schwerbehindert/gleichgestellt
Betriebsrat/Personalrat <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	Ansprechpartner/in	Telefon
Schwerbehindertenvertretung <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	Ansprechpartner/in	Telefon
		E-Mail

**2. Angaben zum/zur Arbeitnehmer/in**

Name, Vorname	Grad der anerkannten Behinderung	
die/der Arbeitnehmer/in <input type="checkbox"/> ist gleichgestellt <input type="checkbox"/> hat eine Gleichstellung beantragt am	Datum	
Geburtsdatum	Telefon	Fax
		E-Mail
Privatanschrift	<input type="checkbox"/> Der AN/die ANin ist bei uns beschäftigt	
Arbeitsort	seit <input type="text"/> Datum	mit <input type="text"/> Std./Woche
ausgeübte/vorgesehene Tätigkeit	erlernter Beruf	
<input type="checkbox"/> die Arbeitsaufnahme ist vorgesehen ab	seit <input type="text"/> Datum	mit <input type="text"/> Std./Woche
<input type="checkbox"/> befristet bis zum <input type="text"/> Datum	<input type="checkbox"/> im Hinzuverdienst	

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift

**Wichtiger Hinweis**  
Bitte warten Sie mit dem Abschluss von Verträgen oder dem Beginn von Leistungen/sonstigen Verbindlichkeiten, bis Ihnen das Integrationsamt die Förderung bewilligt hat oder Ihnen in dringenden Fällen ein beantragter vorzeitiger Maßnahmebeginn erlaubt wurde. Andernfalls sind aus haushaltsrechtlichen Gründen ggf. finanzielle Leistungen des Integrationsamtes vom Grunde her nicht mehr möglich.