

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 an Arbeitgeber zur Schaffung neuer Arbeits- und Ausbildungsplätze (§ 15 SchwbAV)

Aktenzeichen des Integrationsamtes

Neueinstellung Umsetzung

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? ja 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 nein 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? nein ja Datum am

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

2. Angaben zur/zum betreffenden Beschäftigten

Name, Vorname		Geburtsdatum						
Anschrift/ Telefon	Straße, Hausnummer							
	Telefon	Wohnort						
PLZ								
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>								

Der/die betreffende Beschäftigte ist gleichgestellt anerkannt schwerbehindert

Grad der anerkannten Behinderung (GdB)

Gültigkeit des Schwerbehindertenausweises von Datum bis Datum

Ein Antrag auf Feststellung einer Schwerbehinderung/Gleichstellung wurde gestellt bei Datum am

Der/die betreffende Beschäftigte bezieht eine Rente nein ja beantragt am: Datum

Leistungsträger der Rente (Adresse/AZ)

Rentenart

Ursache der Behinderung

Arbeitsunfall Unfall durch Fremdverschulden angeboren bitte angeben

Berufskrankheit Krankheit

Ansprüche gegen Dritte wegen der vorliegenden Behinderung bestehen gegen:

Name/Anschrift

2.1 Einstellung auf einen neu zu schaffenden/geschaffenen Arbeitsplatz wöchentliche Arbeitszeit (Std.)

(beabsichtigtes) Einstellungsdatum Datum

Die neue Tätigkeit ist unbefristet befristet von bis

erlernter Beruf der/des Beschäftigten

(vorgesehene) Tätigkeit als (Stellenbezeichnung) Einsatzort

Der/Die betroffene Beschäftigte ist/wird bei uns beschäftigt bitte angeben

als Auszubildende/r Arbeiter/in Angestellte/r Beamtin/er Leiharbeiternehmer/in i.S.d. AUG

Die/Der Beschäftigte wird auf mehrere Pflichtplätze angerechnet ja, auf Plätze nein

2.2 Umsetzung auf einen neu zu schaffenden/geschaffenen Arbeitsplatz

Die Betriebszugehörigkeit besteht seit Datum erlernter Beruf der/des Beschäftigten

(beabsichtigtes) Datum der Umsetzung Datum Einsatzort (neu)

bisherige Tätigkeit als (Stellenbezeichnung) bisherige wöchentliche Arbeitszeit (Std.)

neue Tätigkeit als (Stellenbezeichnung) neue wöchentliche Arbeitszeit (Std.)

Die neue Tätigkeit ist unbefristet befristet von bis

Begründung der Umsetzung

Die/Der betroffene Beschäftigte

bitte angeben

Auszubildende/r Arbeiter/in Angestellte/r Beamtin/er

Die/Der Beschäftigte wird auf mehrere Pflichtplätze angerechnet

ja, auf

Plätze

nein

3. Angaben zur beantragten Leistung

zu erfüllende Haupt-Arbeitsaufgaben am neuen Arbeitsplatz - Arbeitsplatzbeschreibung (*Art und prozentualer Anteil*)

beantragt werden dafür folgende allgemeine/nicht behinderungsspezifische Ausstattungsgegenstände

außerdem folgende rein behinderungsbedingte (Zusatz-) Ausstattungsgegenstände

Die Gesamtkosten betragen rd.	Euro	davon rein behinderungsbedingte Kosten rd.	Euro
geplante Finanzierung			
Wird der neu zu schaffende Arbeitsplatz von mehreren Beschäftigten genutzt?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von
		Anzahl Beschäftigte	davon schwerbehindert (Anzahl)
Für die/den Beschäftigte/n betreffende/n werden Eingliederungshilfen oder andere Leistungen (Projektmittel, Arbeitsmarktprogramme, etc.) gezahlt.			
<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> beantragt	<input type="checkbox"/> ja
		am (Datum)	
Name/Adresse/AZ der leistenden Stelle	von	Zeitraum bis	Art der Leistung

Sonstige Hinweise/Angaben/Anmerkungen

Wichtiger Hinweis
Bitte warten Sie mit der Anschaffung ab, bis Ihnen das Integrationsamt die Förderung bewilligt oder in dringenden Fällen eine vorzeitige Anschaffung erlaubt hat. Andernfalls sind finanzielle Leistungen grundsätzlich ausgeschlossen.

5. Erklärungen

Wir versichern, die Angaben richtig, vollständig und nach bestem Wissen gemacht zu haben.

Wir versichern, jede Änderung der in diesem Antrag enthaltenen Angaben unverzüglich dem Integrationsamt mitzuteilen. Die Mitteilungspflicht erstreckt sich auch auf Anträge ähnlicher Leistungen, die nach Einreichung dieses Antrages gestellt werden.

Uns ist bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgefordert werden, wenn ihre Gewährung von uns vorsätzlich oder grob fahrlässig verschuldet ist.

Wir versichern die Einhaltung der uns im Rahmen dieses Leistungsverfahrens obliegenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

Der/Die Beschäftigte/n wurde/n über die Antragstellung informiert. Ihm/Ihr/Ihnen wurde/n die Hinweise zum Datenschutz ausgehändigt.
Achtung: Jede/r Beschäftigte, für den der Antrag gestellt wird, muss ein Hinweisblatt ausgehändigt bekommen!

Ort, Datum
Unterschrift des Antragstellers

Kennnismahme durch die Schwerbehindertenvertretung:

Ort, Datum
Unterschrift

Kennnismahme durch den Betriebsrat/Personalrat/Mitarbeitervertretung:

Ort, Datum
Unterschrift