

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 für Gebärdensprachdolmetscher (§ 26 (4) 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	Name, Vorname	
	Telefon	E-Mail
<input type="checkbox"/> nicht vorhanden		

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

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 [][][][][][]	Wohnort	
Der/die betreffende Beschäftigte ist <input type="checkbox"/> gleichgestellt <input type="checkbox"/> anerkannt schwerbehindert			
		Grad der anerkannten Behinderung (GdB) []	
Gültigkeit des Schwerbehindertenausweises von		Datum [][][] [][][]	bis Datum [][][] [][][]
<input type="checkbox"/> Ein Antrag auf Feststellung einer Schwerbehinderung/Gleichstellung wurde gestellt		Datum am [][][] [][][]	
bei []			
Der/die betreffende Beschäftigte bezieht eine Rente <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		beantragt am: Datum [][][] [][][]	
Leistungsträger der Rente (Adresse/AZ)		Rentenart	
Ursache der Behinderung			
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Unfall durch Fremdverschulden		<input type="checkbox"/> angeboren [] bitte angeben	
<input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Krankheit		[]	
<input type="checkbox"/> Ansprüche gegen Dritte wegen der vorliegenden Behinderung bestehen gegen:			
Name/Anschritt []			
<input type="checkbox"/> Der/Die Beschäftigte ist bei uns beschäftigt seit		Datum [][][] [][][]	wöchentliche Arbeitszeit (Std.)
Der/Die betroffene Beschäftigte ist/wird bei uns beschäftigt			
als <input type="checkbox"/> Auszubildende/r <input type="checkbox"/> Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Angestellte/r <input type="checkbox"/> Beamtin/er <input type="checkbox"/> Leiharbeiternehmer/in		<input type="checkbox"/> i.S.d. AUG <input type="checkbox"/> bitte angeben	
(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 [] Plätze	<input type="checkbox"/> nein

3. Angaben zur beantragten Leistung

Zu erfüllende Hauptarbeitsaufgaben am Arbeitsplatz (Art und prozentualer Anteil)

Bei der Beschäftigung des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin ist ein regelmäßiger Bedarf an Gebärdensprachdolmetscherleistungen bei u. a. folgenden Situationen/Anlässen vorhanden:

Die zeitliche Inanspruchnahme eines Gebärdensprachdolmetschers wird mit durchschnittlich

Stunden

täglich wöchentlich monatlich eingeschätzt.

Ist der Arbeitsplatz behinderungsgerecht ausgestattet?

ja nein, weil: (bitte begründen)

Sonstige Hinweise/Angaben/Anmerkungen

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.

4. 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

Kenntnisnahme durch die Schwerbehindertenvertretung:

Ort, Datum

Unterschrift

Kenntnisnahme durch den Betriebsrat/Personalrat/Mitarbeitervertretung:

Ort, Datum

Unterschrift