

Antragsteller (Name und Anschrift des Arbeitgebers)	Ansprechpartner/in beim Arbeitgeber	
	Telefon	Fax
	E-Mail	



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

Beschäftigungssicherungszuschuss (BSZ) - Minderleistung

personelle Unterstützung (pU)

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen!

Leistungen an Arbeitgeber bei außergewöhnlichen Belastungen (§ 27 SchwbAV)

Aktenzeichen des Integrationsamtes	<input type="checkbox"/> Erstantrag	<input type="checkbox"/> Folgeantrag
------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------

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

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

Beschäftigte	Anzahl der aktuell im Unternehmen 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?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Datum
			von
			bis

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

2. Angaben zur/zum betreffende/n Beschäftigten

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Anschrift/ Telefon	Straße, Hausnummer		Telefon
	PLZ [][][][][][]	Wohnort	
Der/die betreffende Beschäftigte ist <input type="checkbox"/> gleichgestellt <input type="checkbox"/> anerkannt <input type="checkbox"/> schwerbehindert			
		Grad der anerkannten Behinderung (GdB)	
Gültigkeit des Schwerbehindertenausweises		von	bis
		Datum	Datum
<input type="checkbox"/> Ein Antrag auf Feststellung einer Schwerbehinderung/Gleichstellung wurde gestellt bei			am
			Datum
Der/die betreffende Beschäftigte bezieht eine Rente <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			beantragt am: Datum
Leistungsträger der Rente (Adresse/AZ)			Rentenart
Der/die Beschäftigte wird auf mehrere Pflichtplätze angerechnet <input type="checkbox"/> ja, auf			Plätze <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Der/Die Beschäftigte ist bei uns beschäftigt		seit	mit
		Datum	wöchentliche Arbeitszeit (Std.)
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			
derzeitige Tätigkeit	erlernter Beruf		Einsatzort
Dem/der Beschäftigten wurde folgendes Bruttogehalt (ohne Einmalzahlungen) gezahlt:			
Die letzten 3 Monate mit voller Entgeltzahlung vor Antragstellung:			
1)		Euro	im Monat
2)		Euro	im Monat
3)		Euro	im Monat
Die Beschäftigung ist <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet		Zeitraum der Befristung	
		von	bis
<input type="checkbox"/> Die Arbeitsaufnahme ist vorgesehen		ab	mit
		Datum	wöchentliche Arbeitszeit (Std.)
als _____			
vorgesehenes monatl. Bruttogehalt _____ Euro			
Aufgabenbeschreibung des/der Beschäftigten (Fortsetzung ggf. auf gesondertem Blatt)			

3. Angaben zur beantragten Leistung

Bei der Beschäftigung des/der Beschäftigten

bleibt dessen/deren Arbeitsleistung aufgrund der Behinderung erheblich hinter dem Durchschnitt zurück
(**Beschäftigungssicherungszuschuss**) (s. Nr. 3.1)

und/oder

entstehen uns außergewöhnliche Aufwendungen (s. Nr. 3.2)
(z.B. Zeitaufwand/Kosten der innerbetrieblichen **personellen Unterstützung**).

Der Arbeitsplatz ist behindertengerecht ausgestattet. ja nein, weil:

Eine Umsetzung des/der Beschäftigten auf einen anderen vorhandenen oder ggf. neu zu schaffenden Arbeitsplatz innerhalb des Unternehmens ist möglich. ja nein, weil:

Eine Verlagerung der Aufgaben des/der Beschäftigten innerhalb des Unternehmens ist möglich. ja nein, weil:

Der Integrationsfachdienst (IFD) wurde eingeschaltet. ja nein

Die beschäftigungsübliche tägliche Arbeitszeit im Unternehmen beträgt Stunden.

Angaben zur beantragten Leistung

3.1. Beschäftigungssicherungszuschuss (BSZ)

Die aufgrund der Behinderung vorhandene geminderte Leistung wird gegenüber einem/einer vergleichbaren nichtbehinderten Beschäftigten
mit einer Minderung von rund _____ % täglich wöchentlich monatlich eingeschätzt.

Beschreibung/Begründung BSZ
(z. B. Bei welchen konkreten Aufgaben/Tätigkeiten sind Leistungsdefizite feststellbar?)

3.2. Personelle Unterstützung (pU)

Die zeitliche Inanspruchnahme der personellen Unterstützung wird
mit rund _____ Stunden täglich wöchentlich monatlich eingeschätzt.

Beschreibung/Begründung pU
(z. B. Bei welchen konkreten Aufgaben/Tätigkeiten ist behinderungsbedingt Hilfestellung oder Kompensation erforderlich?)

Kann die außergewöhnliche Belastung des Arbeitgebers durch zusätzliche Maßnahmen verringert werden?
(z. B. Qualifizierung, Arbeitszeitreduzierung u. ä.)

nein, weil:

ja, durch:

Sonstige Hinweise/Angaben/Anmerkungen

4. Anlagen

- Kopie des Arbeitsvertrages
- Kopie des Schwerbehindertenausweises (beidseitig) und des Gleichstellungsbescheides
- Verdienstbescheinigung der letzten drei Kalendermonate vor der Antragstellung, in denen der regelmäßig zustehende Verdienst gezahlt wurde
- Bescheid über vorrangige Leistungen (z. B. Eingliederungszuschuss) der Reha-Träger (Agentur für Arbeit, Deutsche Rentenversicherung usw.)

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

Kenntnisnahme durch die Schwerbehindertenvertretung:

Ort, Datum

Unterschrift

Kenntnisnahme durch den Betriebsrat/Personalrat/Mitarbeitervertretung:

Ort, Datum

Unterschrift