

Fragebogen / Antrag des gleichgestellten / schwerbehinderten Menschen auf Gewährung einer finanziellen Leistung aus Mitteln der Ausgleichsabgabe

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ oder ausfüllen!

Aktenzeichen des Integrationsamtes

1. Allgemeine Angaben

Name, Vorname

Privatanschrift

Geburtsdatum

Telefon

Fax

E-Mail

Telefon (Dienst)

E-Mail (Dienst)

Bankver- bindung

Name/Sitz der Bank

Kontoinhaber/in

IBAN (Internat. Bank Account Number, Internat. Bankkontonummer) bzw. Konto-Nr.

BIC (Bank-Identifizierungs-Code) bzw. Bankleitzahl

☐ Ich bin krankenversichert.

Anschrift der Krankenkasse

☐ Ich bin rentenversichert.

Anschrift der Rentenversicherung

Versicherungsnummer der Krankenkasse

Versicherungsnummer der Rentenversicherung

Ich beziehe eine Rente ☐ nein ☐ ja ☐ beantragt am

Datum

Leistungsträger der Rente (Adresse/AZ)

Rentenart

Dauer der bisherigen sozialversicherungspflichtigen
Beschäftigung

☐ bis 15 Jahre ☐ mehr als 15 Jahre

☐ Beamtin/Beamter

2. Allgemeine Angaben zur Behinderung

<input type="checkbox"/> Ich bin schwerbehindert.	<input type="checkbox"/> Ich bin gleichgestellt.	Grad der anerkannten Behinderung (GdB) <input type="text"/>
Gültigkeit des Schwerbehindertenausweises von <input type="text" value="Datum"/>		bis <input type="text" value="Datum"/>

<input type="checkbox"/> Ich habe einen Antrag gestellt	am <input type="text" value="Datum"/>
bei <input type="text"/>	

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"/> <input type="text"/>

☐ Ansprüche gegen Dritte wegen der vorliegenden Behinderung bestehen gegen:

Name/Anschrift

3. Angaben zum Beruf

<input type="checkbox"/> Ich bin Arbeiter/in	<input type="checkbox"/> Ich bin Angestellte/r (z. B. Rentner/in, Umschüler/in)	<input type="checkbox"/> Ich bin Selbständige/r seit <input type="text" value="Datum"/>
<input type="checkbox"/> Ich bin Beamtin/er	<input type="checkbox"/> Ich bin <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> im Haupterwerb <input type="checkbox"/> im Nebenerwerb
		Ausgeübte Tätigkeit/Gewerbe <input type="text"/>

☐ derzeitiger Arbeitgeber

Name, Anschrift, PLZ, Ort

Ansprechpartner (Name)

Telefon/E-Mail

☐ Firmensitz der Selbständigkeit

Name, Anschrift, PLZ, Ort

beim jetzigen Arbeitgeber beschäftigt seit <input type="text" value="Datum"/>	Wochenarbeitszeit <input type="text"/>	Stunden <input type="text"/>
---	--	------------------------------

Bruttoeinkommen (monatlich)

insgesamt berufstätig seit <input type="text" value="Datum"/>	<input type="text"/>
erlernter Beruf <input type="text"/>	derzeitig ausgeübte Tätigkeit <input type="text"/>

beabsichtigte Arbeitsaufnahme ab <input type="text" value="Datum"/>	als <input type="text"/>
---	--------------------------

bei Firma/Unternehmen <input type="checkbox"/> Gründung Selbständigkeit <input type="checkbox"/>	als <input type="text"/>
--	--------------------------

Name

Anschrift

Telefon/E-Mail

4. Angaben zur beantragten Leistung

Arbeitsplatzbeschreibung (Art und prozentualer Anteil der zu erfüllenden Hauptarbeitsaufgaben)

Folgende allgemeine Leistungen werden beantragt:

Außerdem werden folgende rein behinderungsbedingte (Zusatz-) Gegenstände/Leistungen beantragt:

Begründung

Die Gesamtkosten betragen rd.

Euro

davon rein behinderungsbedingte Kosten rd.

Euro

geplante Finanzierung

Wurde bei einer anderen Stelle ein Antrag
auf gleichartige Leistungen gestellt?

☐

nein

☐

ja, am

bei (Name/Anschrift der betreffenden Stelle/Aktenzeichen)

Ich versichere, die Angaben vollständig und richtig gemacht zu haben. Ich verpflichte mich, jede Änderung in den in diesem Antrag enthaltenen Angaben unverzüglich mitzuteilen. Diese Mitteilungspflicht erstreckt sich auch auf Anträge auf Gewährung von Renten o.ä. Leistungen, die nach Einreichung dieses Antrages gestellt werden.

Mir ist bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgefordert werden, falls deren Gewährung aufgrund falscher oder unvollständiger Angaben erfolgte.

Die mir obliegenden Datenschutzbestimmungen halte ich ein.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Antragstellers