

# 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)

<b>Bankver- bindung</b>	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

Versicherungsnummer der Krankenkasse

Ich bin rentenversichert.

Anschrift der Rentenversicherung

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

Ich bin schwerbehindert.
  Ich bin gleichgestellt.
 Grad der anerkannten Behinderung (GdB)

Gültigkeit des Schwerbehindertenausweises von  bis

Ich habe einen Antrag gestellt am

bei

### Ursache der Behinderung

Arbeitsunfall
  Unfall durch Fremdverschulden
  angeboren  
 Berufskrankheit
  Krankheit

Ansprüche gegen Dritte wegen der vorliegenden Behinderung bestehen gegen:

Name/Anschrift

## 3. Angaben zum Beruf

Ich bin Arbeiter/in
  Ich bin Angestellte/r  
 Ich bin Beamtin/er
  Ich bin 
 Ich bin Selbständige/r seit

im Haupterwerb  
 im Nebenerwerb

Ausgeübte Tätigkeit/Gewerbe

derzeitiger Arbeitgeber

Name, Anschrift, PLZ, Ort

Firmensitz der Selbständigkeit

Name, Anschrift, PLZ, Ort

Ansprechpartner (Name)

Telefon/E-Mail

beim jetzigen Arbeitgeber beschäftigt seit	Datum	Wochenarbeitszeit	Stunden
--	-------	-------------------	---------

Bruttoeinkommen (monatlich)

insgesamt berufstätig seit	Datum	
----------------------------	-------	--

erlernter Beruf

derzeitig ausgeübte Tätigkeit

beabsichtigte Arbeitsaufnahme ab	Datum	als
----------------------------------	-------	-----

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

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?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am	Datum
---	-------------------------------	---------------------------------	-------

bei (Name/Anschrift der betreffenden Stelle/Aktenzeichen)

--

**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.**

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