

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 zur behindertengerechten Einrichtung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen
(§ 26 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? 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

nicht vorhanden

Name, Vorname

Telefon E-Mail

Betriebs- bzw. Personalrat

nicht vorhanden

Name, Vorname

Telefon E-Mail

Wurde bei einer anderen Stelle ein Antrag auf gleichartige Leistungen gestellt (z. B. Eingliederungshilfen)? nein 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 bei			Datum am
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 <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> bitte angeben			
<input type="checkbox"/> Ansprüche gegen Dritte wegen der vorliegenden Behinderung bestehen gegen:			
Name/Anschrift			
<input type="checkbox"/> Der/Die Beschäftigte ist bei uns beschäftigt seit		Datum	wöchentliche Arbeitszeit (Std.)
Der/Die betroffene Beschäftigte ist/wird bei uns beschäftigt bitte angeben als <input type="checkbox"/> Auszubildende/r <input type="checkbox"/> Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Angestellte/r <input type="checkbox"/> Beamtin/er <input type="checkbox"/> Leiharbeitnehmer/in <input type="checkbox"/> i.S.d. AUG			
(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)

Vorhandene Ausstattung des Arbeitsplatzes (Arbeitsmittel, Arbeitsgegenstände)

--

Beantragt werden folgende behinderungsspezifische Ausstattungsgegenstände

--

Begründung

--

Die Gesamtkosten betragen rd.	Euro	davon rein behinderungsbedingte Kosten rd.	Euro
-------------------------------	------	--	------

geplante Finanzierung

Wird der betreffende Arbeitsplatz von mehreren Beschäftigten genutzt? nein ja, von Anzahl Beschäftigte davon schwerbehindert (Anzahl)

Für die/den Beschäftigte/n betreffende/n werden Eingliederungshilfen oder andere Leistungen (Projektmittel, Arbeitsmarktprogramme, etc.) gezahlt.

nein beantragt 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.

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