

Fragebogen / Antrag auf Gewährung einer finanziellen Leistung aus Mitteln der Ausgleichsabgabe für Arbeitsassistenz gemäß § 17 Abs. 1a SchwbAV

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

<input type="checkbox"/> Ich bin krankenversichert. Anschrift der Krankenkasse <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>	<input type="checkbox"/> Ich bin rentenversichert. Anschrift der Rentenversicherung <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
--	---

Versicherungsnummer der Krankenkasse	Versicherungsnummer der Rentenversicherung
--------------------------------------	--

Ich beziehe eine Rente <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> beantragt am	Datum
--	-------

Leistungsträger der Rente (Adresse/AZ) <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	Rentenart Dauer der bisherigen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung <input type="checkbox"/> bis 15 Jahre <input type="checkbox"/> mehr als 15 Jahre <input type="checkbox"/> 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 Selbständige/r seit
 Ich bin Beamtin/er Ich bin 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 <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

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.

5. Beigefügte notwendige Unterlagen

- Kopie des Schwerbehindertenausweises (beidseitig)
- ggf. Kopie des Gleichstellungsbescheides (bei GdB 30 - 40)
- Kopie des Arbeitsvertrages (mit Änderungen) / der Ernennungsurkunde (Beamte)
- Vertrag mit der Assistenzkraft (wenn bereits abgeschlossen)
- Vertrag mit dem Dienstleister der Arbeitsassistenz (wenn bereits abgeschlossen)
- aktueller Einkommensnachweis (Gehaltsabrechnung)
- Einkommensnachweis bei selbstständiger Tätigkeit (letzter Steuerbescheid oder Bestätigung eines Steuerbüros)
- Einverständniserklärung des Arbeitgebers / Dienstherrn zum Einsatz einer betriebsfremden Arbeitsassistenz
- Kopie der Gewerbeanmeldung (bei selbstständiger Tätigkeit)
- genaue Tätigkeitsbeschreibung
- ggf. Kopie der Kostenübernahme für Pflegeassistenz während der Arbeitszeit vom Sozialamt
- außerdem:

Bitte erläutern

Ich versichere, die Angaben vollständig und richtig gemacht zu haben.

Ich verpflichte mich, jede Änderung der 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