

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: 40px; width: 100%;"></div>	<input type="checkbox"/> Ich bin rentenversichert. Anschrift der Rentenversicherung <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
--	---

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 <input type="checkbox"/> bis 15 Jahre <input type="checkbox"/> mehr als 15 Jahre <input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter

2. Allgemeine Angaben zur Behinderung

<input type="checkbox"/> Ich bin schwerbehindert.	<input type="checkbox"/> Ich bin gleichgestellt.	<input type="text" value="Grad der anerkannten Behinderung (GdB)"/>
---	--	---

Gültigkeit des Schwerbehindertenausweises von bis

<input type="checkbox"/> Ich habe einen Antrag gestellt	am	<input type="text" value="Datum"/>
bei <input style="width: 100%;" type="text"/>		

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="text" value="bitte angeben"/>

Ansprüche gegen Dritte wegen der vorliegenden Behinderung bestehen gegen:

3. Angaben zum Beruf

<input type="checkbox"/> Ich bin Arbeiter/in	<input type="checkbox"/> Ich bin Angestellte/r	<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 style="width: 100%;" type="text" value="(z. B. Rentner/in, Umschüler/in)"/>	<input type="checkbox"/> im Haupterwerb
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input type="checkbox"/> im Nebenerwerb
<input style="width: 100%;" type="text" value="Ausgeübte Tätigkeit/Gewerbe"/>		

<input type="checkbox"/> derzeitiger Arbeitgeber	<input type="checkbox"/> Firmensitz der Selbständigkeit
<input style="width: 100%;" type="text" value="Name, Anschrift, PLZ, Ort"/>	<input style="width: 100%;" type="text" value="Name, Anschrift, PLZ, Ort"/>
<input style="width: 100%;" type="text" value="Ansprechpartner (Name)"/>	
<input style="width: 100%;" type="text" value="Telefon/E-Mail"/>	

beim jetzigen Arbeitgeber beschäftigt seit	<input type="text" value="Datum"/>	Wochenarbeitszeit	<input type="text" value="Stunden"/>
<input style="width: 100%;" type="text" value="Bruttoeinkommen (monatlich)"/>			
insgesamt berufstätig seit	<input type="text" value="Datum"/>		
erlernter Beruf		derzeitig ausgeübte Tätigkeit	
beabsichtigte Arbeitsaufnahme ab	<input type="text" value="Datum"/>	als <input style="width: 100%;" type="text"/>	
bei Firma/Unternehmen	<input type="checkbox"/> Gründung Selbständigkeit	als <input style="width: 100%;" type="text"/>	
<input style="width: 100%;" type="text" value="Name"/>			
<input style="width: 100%;" type="text" value="Anschrift"/>			
<input style="width: 100%;" type="text" value="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