

Name und Anschrift

Telefon

Fax

E-Mail

**Antrag
des schwerbehinderten Menschen
auf Gewährung einer finanziellen
Leistung aus Mitteln der
Ausgleichsabgabe**

(sofern vorhanden) Ihre Betriebsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen!

<input type="checkbox"/> technische Arbeitshilfen	<input type="checkbox"/> Wohnungshilfe	<input type="checkbox"/> Fortbildung
<input type="checkbox"/> Sonstiges:		
<input type="checkbox"/> Arbeitsassistenz	→ <input type="checkbox"/> nur Gebärdensprachdolmetscherleistungen	
<input type="checkbox"/> zum Erhalt einer selbständigen Existenz		
<input type="checkbox"/> Hilfen zum Erreichen des Arbeitsplatzes	→	<input type="checkbox"/> Erlangung Fahrerlaubnis <input type="checkbox"/> Erst-/Ersatzbeschaffung eines Kraftfahrzeuges <input type="checkbox"/> behinderungsbedingte Zusatzausstattung eines Kraftfahrzeuges <input type="checkbox"/> Beförderungskosten

Persönliche Angaben

Name, Vorname

Privatanschrift

Geburtsdatum	Familienstand	Telefon	Fax	E-Mail
--------------	---------------	---------	-----	--------

Grad der anerkannten Behinderung	Ich bin
<input type="checkbox"/> Ich bin gleichgestellt	<input type="checkbox"/> Arbeiter/in <input type="checkbox"/> arbeitslos
<input type="checkbox"/> Ich habe eine Gleichstellung beantragt am _____ Datum	<input type="checkbox"/> Angestellte/r <input type="checkbox"/> Umschüler/in
	<input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter <input type="checkbox"/> Rentner/in
	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> ausgeübte <input type="checkbox"/> vorgesehene Tätigkeit als:	ab/seit	Wochenarbeitszeit (Std.)
_____	von/bis	

Anschrift des Arbeitgebers	Ansprechpartner/in beim Arbeitgeber	
	Telefon	E-Mail

Anmerkungen / besondere Hinweise:

_____ Ort, Datum _____ Unterschrift