



Kommunaler Sozialverband Sachsen
Postfach 10 09 62
04009 Leipzig

Hinweis:

Nur ein vollständig ausgefüllter Antrag kann bearbeitet werden

Aktenzeichen (bitte angeben, soweit bekannt)

Name und Anschrift des Betriebes/Betriebsteiles, in welchem der schwerbehinderte/gleichgestellte behinderte Arbeitnehmer <u>tatsächlich</u> beschäftigt wird	Ansprechpartner
	Telefon/Fax
	E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)
	Betriebsnummer der Agentur für Arbeit

Antrag auf Leistungen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben nach dem Schwerbehindertenrecht des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) und der Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV)

- Neuschaffung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen für schwerbehinderte/gleichgestellte behinderte Menschen (§ 160 Abs. 5 S. 1 SGB IX i. V. m. § 15 SchwbAV)
- behindertengerechten Ausstattung vorhandener Arbeitsplätze (§ 185 SGB IX i. V. m. § 26 SchwbAV)

Angaben zum Arbeitgeber

ggf. Name des Hauptbetriebes	
Wirtschaftszweig	

	Insgesamt	ggf. im Zweigbetrieb
Gesamtzahl der Arbeitsplätze (ohne Auszubildende) im Antragsmonat		
davon z. Z. mit schwerbehinderten/ gleichgestellten behinderten Arbeitnehmern und Auszubildenden belegte Arbeitsplätze einschl. Mehrfachanrechnung		

Schwerbehindertenvertretung, Telefon	
Betriebs-/Personalratsvorsitzender, Telefon	
Betriebsarzt, Telefon	

Angaben zum schwerbehinderten/ gleichgestellten behinderten Menschen

Name, Vorname	Geburtsname	Geburtsdatum	Telefon (dienstlich)
Anschrift			Rentenversicherung bei <input type="checkbox"/> DRV Bund <input type="checkbox"/> DRV Mitteldeutschland <input type="checkbox"/> anderer Träger:
Sozialversicherungsnummer	Unfallversicherung	Krankenversicherung	
<input type="checkbox"/> Schwerbehinderteneigenschaft <input type="checkbox"/> Gleichstellung	Mehrfachanrechnung auf Plätze	Grad der Behinderung	
Wurde die Behinderung durch einen Arbeits-, Dienst- bzw. Wegeunfall oder durch eine Berufskrankheit verursacht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch			
Erfolgte bereits eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch wen:			
Erfolgte bereits eine berufliche Rehabilitationsmaßnahme? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch wen:			
Fügen Sie bitte eine Kopie des Ausweises für schwerbehinderte Menschen, des Gleichstellungsbescheides oder der Antragseingangsbestätigung zum Anerkennungsverfahren bei.			
Berufstätigkeit <input type="checkbox"/> als Arbeiter <input type="checkbox"/> als Angestellter <input type="checkbox"/> als Beamter <input type="checkbox"/> im Hinzuverdienst			
Betriebszugehörigkeit seit	ausgeübte Tätigkeit seit	erlernter Beruf	durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit

Angaben zur beantragten Förderung

Wurden Umsetzungsmöglichkeiten bzw. andere Einsatzmöglichkeiten geprüft? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?
Welche Arbeitsplatzausstattung ist vorgesehen?

ggf. Fortsetzung auf neutralem Blatt

Sind von dritter Seite Leistungen zur finanziellen oder materiellen Unterstützung vorgesehen, beantragt, bewilligt oder werden solche bereits erbracht?

(z. B. im Rahmen von Förderprogrammen der Europäischen Union und der Wirtschaftsförderung, des Bundes, des Landes Sachsen, der Kommunen, der Sächsischen Aufbaubank, der Kreditbank für Wiederaufbau, der Agentur für Arbeit usw. zur Verbesserung der regionalen Wirtschaftsstruktur, zur Unterstützung mittelständischer Unternehmen, zur Unterstützung von Existenzgründungen, im Rahmen arbeitsmarktpolitischer Hilfen, zur Aus- und Fortbildung...)

- nein
 ja, für

Erklärung

Ich/Wir versichere(n) die Richtigkeit und Vollständigkeit der in diesem Antrag und in den Antragsunterlagen gemachten Angaben. Es ist mir/uns bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgefordert werden, wenn ihre Gewährung durch vorsätzlich oder grob fahrlässig gemachte unrichtige Angaben erwirkt worden ist.

Ich bin mit der Weitergabe einer Kopie der Entscheidung an den schwerbehinderten/ gleichgestellten behinderten Arbeitnehmer und mit einer Unterrichtung der Schwerbehindertenvertretung sowie ggf. der zuständigen Agentur für Arbeit einverstanden.

Hinweis zum Datenschutz

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- die Auskünfte und Unterlagen, die das Integrationsamt im Zusammenhang mit dem Verfahren nach dem SGB IX erhält, nach den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen an einen anderen Leistungsträger übermittelt werden dürfen, soweit dies für die gesetzliche Aufgabenerfüllung des Integrationsamtes oder des anderen Leistungsträgers erforderlich ist (§ 69 Abs. 1, § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X).
- ich dieser Datenübermittlung jederzeit widersprechen kann.
- die Daten elektronisch gespeichert werden.
- Dem Antrag ist ergänzend 1 Informationsblatt zum Datenschutz nach der EU-DSGVO beigelegt. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme der Informationen.

Ort/Datum

Name/Unterschrift/Firmenstempel

Kenntnisnahme durch die Schwerbehindertenvertretung

Ort/Datum

Unterschrift der Schwerbehindertenvertretung

Bezeichnung und Anschrift des Arbeitgebers
--

Anlage: Antrag auf begleitende Hilfe
im Arbeitsleben

Aktenzeichen (Bitte stets angeben)

Kommunaler Sozialverband Sachsen
Postfach 10 09 62
04009 Leipzig

Hinweis: Bitte füllen Sie die Arbeitsplatzbeschreibung vollständig aus und bestätigen Sie Ihre Angaben mittels Unterschrift und Firmen- stempel.

Arbeitsplatzbeschreibung

für Herrn/Frau _____ wohnhaft in _____

Einstellungstermin:	Arbeitsgruppe/Abteilung:
Tätigkeitsbezeichnung:	Name des Vorgesetzten:
Entgelt: <input type="checkbox"/> nach Tarif <input type="checkbox"/> ortsüblich <input type="checkbox"/> nach Haustarif	
bei Beschäftigung in einem Zweigbetrieb Anschrift des Zweigbetriebes:	

Tätigkeitsbeschreibung, -inhalte:

Erforderliche Fachkenntnisse:

Erforderliche Befähigungsnachweise:

Mögliche Belastungen (z.B. Lärm, Hitze, ...)

Ort, Datum	Unterschrift	Stempel des Arbeitgebers
------------	--------------	--------------------------

Bezeichnung und Anschrift des Arbeitgebers
--

Anlage: Antrag auf begleitende Hilfe
im Arbeitsleben

Aktenzeichen (Bitte stets angeben)

Kommunaler Sozialverband Sachsen
Postfach 10 09 62
04009 Leipzig

Hinweis:
Bitte füllen Sie die Nutzeinschätzung
vollständig aus und bestätigen Sie Ihre
Angaben mittels Unterschrift und Firmen-
stempel.

Nutzeinschätzung durch den Antragsteller

Sehr geehrte Damen und Herren,

nachstehende Angaben dienen dem Integrationsamt zur Einschätzung des Nutzens der beantragten Maßnahme. Bitte senden Sie uns dieses Blatt ausgefüllt zurück.

Bei Frage 1 können Sie mehrere Kreuze setzen. Bei Frage 2 kreuzen Sie bitte die Ihrer Einschätzung nach zutreffenden Felder an.

1. Art des Nutzens

Worin sehen Sie den Schwerpunkt des Nutzens der beantragten Ausstattung?

- Steigerung der Quantität
- Steigerung der Qualität
- Steigerung der Flexibilität
- Erweiterung der Angebotspalette/Sortimentserweiterung/neue Leistungen
- Verbesserung des Firmenimages (z.B. Qualitätssicherungsmaßnahmen, Arbeitsschutzmaßnahmen, Steigerung der Kundenzufriedenheit)
- Verbesserung innerbetrieblicher Abläufe
- anderer Schwerpunkt (Kurzbeschreibung):

2. Umfang des Nutzens (bei Investitionen)

Wie hoch schätzen Sie den Umfang des betriebswirtschaftlichen Nutzens ein, der Ihnen durch die beantragte Maßnahme entsteht? Die geschätzten Werte sollen die Steigerung des Betriebsergebnisses vor Steuern entsprechen.

€	im 1. Jahr	im 2. Jahr	im 3. Jahr	im 4. Jahr	im 5. Jahr
über 2.500					
über 5.000					
über 10.000					
über 25.000					
über 50.000					
über 100.000					
über					

Kein Nutzen, warum:

Ort, Datum	Unterschrift	Stempel des Arbeitgebers
------------	--------------	--------------------------

Anlage zur Nutzeinschätzung

Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt?

ja

nein

Erhalten Sie Leistungen der SAB, KfW oder anderer Förderinstitutionen?

ja, welche:

nein

wird beantragt

Bezeichnung und Anschrift des Arbeitgebers

Anlage: Antrag auf begleitende Hilfe
im Arbeitsleben

Aktenzeichen (Bitte stets angeben)

Kommunaler Sozialverband Sachsen
Postfach 10 09 62
04009 Leipzig

Hinweis:
Bitte füllen Sie die
Unbedenklichkeitsbescheinigung vollständig
aus und bestätigen Sie Ihre Angaben mittels
Unterschrift und Firmenstempel.

**Vollzug des Sozialgesetzbuches – Neuntes Buch (SGB IX), Teil 3
Gewährung einer Zuwendung zur Teilhabe im Arbeitsleben für schwerbehinderte
Menschen / gleichgestellte behinderte Menschen gemäß § 15 / 26 SchwbAV**

Unbedenklichkeitsbescheinigung

Ich/wir erklären, dass ich/wir den Verpflichtungen zur Zahlung von Steuern und Abgaben sowie von Sozialbeiträgen nachgekommen bin/sind.

Mein/unsere Betrieb ist Mitglied folgender Berufsgenossenschaften:

Bezeichnung:

Mitgliedsnummer:

.....

Ich bin mir/wir sind uns bewusst, dass eine wissentlich falsche Abgabe der vorstehenden Erklärung meinen/unseren Ausschluss von beantragten Fördermitteln zur Folge haben kann.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift/Stempel

Bezeichnung und Anschrift des Arbeitgebers

Anlage: Antrag auf begleitende Hilfe
im Arbeitsleben

Aktenzeichen (Bitte stets angeben)

Kommunaler Sozialverband Sachsen
Postfach 10 09 62
04009 Leipzig

Hinweis:

Bitte füllen Sie die Verdienstbescheinigung
vollständig aus und bestätigen Sie Ihre
Angaben mittels Unterschrift und
Firmenstempel.

Verdienstbescheinigung des schwerbehinderten Menschen

für Herrn/Frau _____ wohnhaft in _____

1. Arbeitszeit

Die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit bei Vollzeitbeschäftigung beträgt _____
Stunden/Woche.

o. g. hat ein Vollzeitarbeitsverhältnis

o. g. hat ein Teilzeitarbeitsverhältnis zu _____ Stunden/Woche (_____ %)

**2. Steuerpflichtiges monatliches Bruttoarbeitsentgelt ohne steuerpflichtige Sonderzuwendungen
und Lohnnebenkosten**

Der/die Arbeitnehmer/in ist

Gehaltsempfänger/in monatliches Bruttogehalt: _____ €

oder

Lohnempfänger/in Vergütung pro Arbeitsstunde (brutto): _____ €

Ort, Datum

Name/Unterschrift

Stempel des Arbeitgebers

Anlage zum Antrag des Arbeitgebers *)

Personalien des schwerbehinderten Arbeitnehmers, für den Leistungen beantragt werden:

Name, Vorname	geb. am:
---------------	----------

ERKLÄRUNG DES SCHWERBEHINDERTEN ARBEITNEHMERS

*) (kann ggf. auch direkt an das Integrationsamt übersandt werden)

1. Ich beziehe

- keine Rente
- keine Rente, habe aber einen Antrag gestellt
- Rente
 - teilweise Erwerbsminderungsrente
 - volle Erwerbsminderungsrente Erwerbsunfähigkeit
 - wegen der Folgen eines Arbeits- bzw. Wegeunfalls.

Die Rente wird gezahlt von der

- Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland / Bund _____
 - Berufsgenossenschaft _____
- unter dem Aktenzeichen: _____

2. Ich habe bei _____ (Rententräger, Agentur für Arbeit, ...)

- medizinische Reha-Maßnahmen beantragt / erhalten am _____
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beantragt / erhalten am _____

3. Nur bei Schädigung durch Dritte:

Ein Anspruch auf Schadenersatzleistungen gegenüber Dritten (evtl. auch Versicherungsleistungen) wegen evtl. Unfallfolgen besteht

- nicht
- gegenüber _____

4. Einwilligung zur Offenbarung personenbezogener Daten
(Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht)

Ich bin damit einverstanden, dass das Integrationsamt alle für die Beurteilung meines Gesundheitszustandes und alle für die Entscheidung erforderlichen Auskünfte und Unterlagen, insbesondere Berichte von Ärzten und Behandlungsstätten sowie Akten und Gutachten von Versicherungsträgern, Versorgungsbehörden, Arbeitsagenturen und sonstigen Stellen einholt.

Ferner bin ich damit einverstanden, dass diese Unterlagen im Falle eines Erstattungsstreits, den das Integrationsamt wegen der für mich erbrachten Leistungen führen muss, dem zuständigen Leistungsträger bzw. Gericht vorgelegt werden, soweit dies für die Begründung des Anspruchs erforderlich ist.

Ort, Datum

Unterschrift

Fragebogen
zum Antrag auf begleitende Hilfe im Arbeitsleben

1. Haben Sie in den letzten 6 Monaten eine Rehabilitationsmaßnahme (Kur) von Ihrem Rentenversicherungsträger wegen einer der bei Ihnen anerkannten Behinderung/en erhalten?

ja nein

2. Ist die von Ihnen beantragte Ausstattung wegen einer kürzlich eingetretenen Verschlimmerung Ihres Gesundheitszustandes erforderlich?

ja nein

3. Haben Sie gegebenenfalls im Vorfeld bereits einen entsprechenden Antrag bei Ihrem Rentenversicherungsträger eingereicht und wenn ja, liegt eine Entscheidung vor?
In diesen Fall legen Sie bitte eine Kopie bei.

ja nein

Ort, Datum

Unterschrift

Folgende Informationen sind Ihnen gemäß Art. 13 und 14 der Verordnung (EU) 2016/679 (Datenschutz-Grundverordnung [DSGVO]) mitzuteilen:

1. Namen und Kontaktdaten des Verantwortlichen

Die zuständige Stelle für die Verarbeitung der Daten im Rahmen des Verfahrens nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 3 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – SGB IX) und mithin Verantwortlicher im Sinne der Art. 13 und 14 DSGVO ist folgende Stelle:

Kommunaler Sozialverband Sachsen
Fachbereich 3
Reichsstraße 3
09112 Chemnitz

2. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Datenschutzbeauftragter
Kommunaler Sozialverband Sachsen
Humboldtstraße 18
04105 Leipzig
Telefon: 0341 1266 0
E-Mail: datenschutzbeauftragter@ksv-sachsen.de

3. Zweck und Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung

Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten ist erforderlich, um über den Antrag auf Leistungen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben, gegebenenfalls den Antrag Ihres Arbeitgebers, entscheiden zu können (§ 67a Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB X).

Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung ist Art. 6 Abs. 1 e DSGVO in Verbindung mit § 185 SGB IX und der Schwerbehindertenausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV) sowie

- § 196 SGB IX bei finanziellen Leistungen an Träger von Integrationsfachdiensten,
- § 217 SGB IX bei finanziellen Leistungen an Träger von Inklusionsbetrieben.

4. Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Ihre personenbezogenen Daten werden im Verfahren nach dem Schwerbehindertenrecht verarbeitet und an Dritte übermittelt, soweit dies für die Erfüllung des Auftrags, welcher sich aus der Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung ergibt, zulässig und erforderlich ist (vgl. § 67b Abs. 1 SGB X).

Auskünfte und Unterlagen, gegebenenfalls auch Gesundheitsdaten, die die Behörde im Zusammenhang mit dem Verfahren erhalten hat, dürfen an andere Sozialleistungsträger übermittelt werden, soweit dies für die gesetzliche Aufgabenerfüllung der betroffenen Leistungsträger erforderlich ist (§§ 69 Abs. 1, 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Der Datenübermittlung an andere Sozialleistungsträger kann jederzeit widersprochen werden.

Im Widerspruchsverfahren werden die personenbezogenen Daten an die Mitglieder des Widerspruchsausschusses beim Integrationsamt des Kommunalen Sozialverbandes Sachsen weitergeleitet (vgl. §§ 186, 202 SGB IX).

5. Quelle der personenbezogenen Daten

Soweit dies für die Erfüllung des Auftrags, welcher sich aus der Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung ergibt, zulässig und erforderlich ist, werden personenbezogene Daten auch von Dritten erhoben. Gesundheitsdaten werden, soweit erforderlich, entsprechend der vorliegenden Einwilligungserklärung beigezogen.

6. Übermittlung von personenbezogenen Daten an ein Drittland

Es ist nicht vorgesehen, Ihre personenbezogenen Daten an ein Drittland oder eine internationale Organisation zu übermitteln.

7. Dauer der Speicherung der personenbezogenen Daten

Ihre Daten werden nach der Erhebung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der Aufbewahrungsfristen für die Erfüllung des Auftrags, welcher sich aus der Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung ergibt, erforderlich ist. Nach diesem Zeitpunkt erfolgt regelmäßig die Löschung der Daten.

8. Betroffenenrechte

Werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, so haben Sie das Recht, Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 DSGVO). Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DSGVO). Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 17, 18 und 21 DSGVO). Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, steht Ihnen gegebenenfalls ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 DSGVO).

Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft der Verantwortliche, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind. Zur Ausübung Ihrer Rechte wenden Sie sich bitte an den unter 2. benannten Datenschutzbeauftragten.

9. Widerrufsrecht bei Einwilligung

Wenn Sie in die Verarbeitung durch den Verantwortlichen durch eine entsprechende Erklärung eingewilligt haben, können Sie die Einwilligung jederzeit für die Zukunft beim Verantwortlichen widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch diesen nicht berührt.

10. Beschwerderecht

Ihnen steht ein Beschwerderecht bei der folgenden datenschutzrechtlich zuständigen Aufsichtsbehörde nach Art. 51 DSGVO zu:

Sächsischer Datenschutzbeauftragter
Postfach 11 01 32
01330 Dresden
Telefon: 0351/85471 101
Telefax: 0351/85471 109
Email: saechsdsb@slt.sachsen.de

11. Bereitstellung der personenbezogenen Daten

Wer Sozialleistungen beantragt, muss nach § 60 SGB I alle für die Sachaufklärung erforderlichen Tatsachen angeben und die verlangten Nachweise vorlegen. Sollten Sie die notwendigen Informationen nicht bereitstellen, kann über den Antrag, gegebenenfalls den Antrag Ihres Arbeitgebers, nicht oder nur eingeschränkt entschieden werden.

12. Weiterverarbeitung zu anderen Zwecken

Ist beabsichtigt, Ihre personenbezogenen Daten für einen anderen Zweck weiterzuverarbeiten als den, für den sie im Antragsverfahren erhoben wurden, so stellt der Verantwortliche Ihnen vor dieser Weiterverarbeitung Informationen über diesen anderen Zweck und alle anderen maßgeblichen Informationen zur Verfügung.