



Kommunaler Sozialverband Sachsen
Postfach 10 09 62
04009 Leipzig

Hinweis:

Nur ein vollständig ausgefüllter Antrag kann
bearbeitet werden

Aktenzeichen (bitte angeben, soweit bekannt)

Antragsformular für Inklusionsbetriebe

Name und Anschrift des Arbeitgebers / Trägers	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)**

- behindertengerechte Ausstattung vorhandener Arbeitsplätze
(§ 185 SGB IX i. V. m. § 26 SchwbAV)**

Angaben zum Arbeitgeber

ggf. Name des Inklusionsbetriebes	
-----------------------------------	--

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

Angaben zum schwerbehinderten / gleichgestellten behinderten Menschen

Name, Vorname (ggf. Geburtsname)	
Geburtsdatum	
Anschrift	
Behinderung	<input type="checkbox"/> Schwerbehinderteneigenschaft <input type="checkbox"/> Gleichstellung Grad der Behinderung: Merkzeichen:
Sozialversicherungsnummer	
Wurde die Behinderung durch einen Arbeits-, Dienst- bzw. Wegeunfall oder eine Berufskrankheit verursacht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch:
Betriebszugehörigkeit seit	
Tätigkeitsbezeichnung / derzeit tätig als	
Erlerner Beruf	
Arbeitsvertrag	<input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> verbeamtet <input type="checkbox"/> befristet bis:
Arbeitszeit	Arbeitszeit bei Vollzeitbeschäftigung: Stunden / Woche Tatsächliche Arbeitszeit des Arbeitnehmers: Stunden / Woche
Rehabilitationsmaßnahme	Medizinische Reha <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch wen: Berufliche Reha <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch wen:

Angaben zur beantragten Förderung

Welche Funktions- bzw. Leistungseinschränkungen bestehen aus Ihrer Sicht bei Ihrem Mitarbeiter bei der Ausführung der Arbeitsaufgaben?

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 sind ergänzend 2 Informationsblätter zum Datenschutz nach der EU-DSGVO beigelegt. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme der Informationen und versichere die Weiterleitung an den betroffenen schwerbehinderten/gleichgestellten Arbeitnehmer.

Ort/Datum

Name/Unterschrift/Firmenstempel

Kenntnisnahme durch die Schwerbehindertenvertretung

Ort/Datum

Unterschrift der Schwerbehindertenvertretung

Anlagen:

- Anlage 1 - Arbeitsplatzbeschreibung
- Anlage 2 - Erklärung des schwerbehinderten / gleichgestellten Arbeitnehmers
- Anlage 3 - Merkblatt Antrag auf behindertengerechte Ausstattung vorhandener Arbeitsplätze

Folgende Dokumente sind dem Antrag durch den Antragsteller ebenfalls beizufügen:

- Kopie Schwerbehindertenausweis / Gleichstellungsbescheid
- Kopie des Arbeitsvertrages des schwerbehinderten / gleichgestellten Arbeitnehmers
- Kostenvoranschläge

[Die Anlagen sind nur erforderlich, wenn diese nicht schon mit dem Antrag auf Ausgleich außergewöhnlicher Belastungen (Pauschale I und Pauschale II) eingereicht wurden.]

Wichtiger Hinweis:

Bitte warten Sie mit der Anschaffung bzw. mit der Auslösung einer verbindlichen Bestellung, bis Ihnen vom Integrationsamt per Erlass eines Bescheides die Förderung bewilligt oder in dringenden Fällen ein vorzeitiger Maßnahmebeginn genehmigt wurde.

Andernfalls sind finanzielle Leistungen grundsätzlich ausgeschlossen.

Bezeichnung und Anschrift des Inklusionsbetriebes

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 Firmenstempel.
--

Arbeitsplatzbeschreibung

(Falls vorhanden, bitte Stellenbeschreibung mit beifügen!)

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

Diese Anlage zum Antrag des Arbeitgebers ist vom sbM auszufüllen und zu unterschreiben.
Diese Anlage kann ggf. auch direkt vom sbM an das Integrationsamt übersandt werden.

Personalien des schwerbehinderten Arbeitnehmers, für den Leistungen beantragt werden:

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

ERKLÄRUNG DES SCHWERBEHINDERTEN ARBEITNEHMERS

1. Ich beziehe

- keine Rente
- keine Rente, habe aber einen Antrag gestellt
- Rente wegen Berufsunfähigkeit
- Erwerbsunfähigkeit auf Zeit Dauerrente
- der Folgen eines Arbeits- bzw. Wegeunfalls.

Die Rente wird gezahlt von der

DRV _____

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
(auch evtl. Versicherungsleistungen) wegen evtl. Unfallfolgen besteht

- nicht
- gegenüber _____

4. Art der Behinderung:

- geistige Behinderung
- seelische Behinderung
- Körperbehinderung

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 und die mit dem Feststellungsverfahren nach dem SGB IX betrauten Stellen (Stadtverwaltung, Landratsamt), 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.

Dem Antrag ist ergänzend ein Informationsblatt zum Datenschutz nach der EU-DDSGVO beigefügt. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme der Informationen.

Ort, Datum

Unterschrift

Merkblatt für Anträge auf behinderungsbedingte Leistungen (an Arbeitgeber)

Sehr geehrter Antragsteller,

Sie möchten Antrag auf Unterstützung von Investitionen für Ihr Integrationsprojekt stellen?

Für die Bearbeitung der Anträge auf behinderungsbedingte Leistungen an den Arbeitgeber gemäß § 26 SchwbAV benötigen wir folgende Unterlagen:
(sofern nicht bereits mit Antrag auf Pauschale I + II eingereicht)

- Antragsformular
 - beinhaltet grundlegende Daten bzw. Angaben zum Antrag
- Arbeitsplatzbeschreibung
 - Weitergabe an Technischen Beratungsdienst
- Erklärung des / der schwerbehinderten / gleichgestellten Arbeitnehmer/s (ein entsprechendes Formblatt liegt diesem Antrag bei)
 - Ermöglicht das Abfordern von Unterlagen bei anderen Behörden – bspw. Feststellungsbescheid
- Kopie des Schwerbehindertenausweises bzw. Kopie des Gleichstellungsbescheides des / der betroffenen Arbeitnehmer/s
 - Nachweis der Anspruchsberechtigung
- Kopie des Arbeitsvertrages des / der schwerbehinderten/gleichgestellten Arbeitnehmer/s
 - Nachweis der Anspruchsberechtigung
- Feststellungsbescheid des / der schwerbehinderten/gleichgestellten Arbeitnehmer/s (falls dieser vorliegt)
 - Weitergabe an den Technischen Beratungsdienst
- 3 Kostenangebote, wenn weniger eingereicht werden ist eine Begründung erforderlich (bspw. Hausanbieter, nachweislich beste Konditionen, ...)
 - zur Prüfung der behinderungsgerechten Eignung der Ausstattung
 - erforderlich für zweckmäßigen und sparsamen Umgang mit Mitteln der Ausgleichsabgabe
 - wird dem Technischen Beratungsdienst zugeleitet