



Kommunaler Sozialverband Sachsen  
Postfach 10 09 62  
04009 Leipzig

**Hinweis:**  
Nur ein vollständig ausgefüllter Antrag kann bearbeitet werden.

**Aktenzeichen** (bitte stets 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)
	<b>Betriebsnummer der Agentur für Arbeit</b>

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

**Leistungen im Rahmen des Leistungsangebotes „Spurwechsel“ zum Übergang aus der Werkstatt für behinderte Menschen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt in Anlehnung an § 185 Abs. 3 Nr. 2 e SGB IX i. V. m. § 27 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		



**Bankverbindung, auf welche die bewilligten Leistungen ausgezahlt werden sollen:**

Geschäftskonto- IBAN:	BIC:
Kontoinhaber:	

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 Menschen und mit der Unterrichtung der Schwerbehindertenvertretung 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 Zehntes Buch – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz (SGB X))
- ich dieser Datenübermittlung jederzeit widersprechen kann.
- die Daten elektronisch gespeichert werden.
- Dem Antrag ist ergänzend ein 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:

Name/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

<b>Hinweis:</b> Bitte füllen Sie die Arbeitsplatzbeschreibung vollständig aus und bestätigen Sie Ihre Anga- ben mittels Unterschrift und Firmenstempel.
--

<b>Arbeitsplatzbeschreibung - Spurwechsel -</b>
---

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	
Name und Anschrift der Beschäftigungsstelle:	

Tätigkeitsbeschreibung, -inhalte:  
(sowie ggf. erforderliche Fachkenntnisse und Fähigkeiten)

Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz (z. B. Lärm, Hitze, Großraumbüro, ...)

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

Aktenzeichen:

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.

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

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

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.

Sehr geehrte(r) Frau/Herr \_\_\_\_\_,

wir freuen uns, dass Sie den „Sprung“ aus der Werkstatt für behinderte Menschen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt geschafft haben und möchten Ihnen und Ihrem Arbeitgeber gerne die Möglichkeit der Unterstützung durch unseren Integrationsfachdienst anbieten.

Der Integrationsfachdienst wird Ihnen und Ihrem Arbeitgeber bei Fragen und Problemen rund um Ihr Arbeitsverhältnis zur Seite stehen.

Wir bitten Sie daher, die nachfolgende Einwilligungserklärung zu unterschreiben und an Ihren Arbeitgeber weiterzuleiten.

### **Einwilligungserklärung**

Ich erkläre mich mit der Beauftragung des Integrationsfachdienstes im Zusammenhang mit meiner Ausgliederung aus der Werkstatt für behinderte Menschen und der Aufnahme meiner Tätigkeit bei (Name des Arbeitgebers) einverstanden und willige in die hierfür erforderliche Datenübermittlung ein.

Ort/Datum

Name/Unterschrift  
des Arbeitnehmers bzw. dessen Betreuers