



Kommunaler Sozialverband Sachsen
Postfach 10 09 62
04009 Leipzig

Hinweis:

Nur ein vollständig ausgefüllter Antrag
kann bearbeitet werden.

Aktenzeichen (bitte stets angeben, soweit bekannt)

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

Kosten einer notwendigen Arbeitsassistenz (§ 185 Abs. 5 SGB IX i. V. m. § 17 Abs. 1 a SchwbAV)

persönliche Angaben zum schwerbehinderten/gleichgestellten Arbeitnehmer

Name, Vorname		Geburtsname	Geburtsdatum	Telefon (dienstlich)
Anschrift			Rentenversicherung bei <input type="checkbox"/> DRV Bund <input type="checkbox"/> DRV Mitteldeutschland <input type="checkbox"/> anderer Träger:	
<input type="checkbox"/> Schwerbehinderteneigenschaft	Grad der Behinderung		Sozialversicherungsnummer	
<input type="checkbox"/> Gleichstellung	Unfallversicherung		Krankenversicherung	
Behinderungsursache				
<input type="checkbox"/> angeborene Gesundheitsstörung <input type="checkbox"/> Erkrankung <input type="checkbox"/> sonstige Ursache, und zwar:				
<input type="checkbox"/> Arbeits-, Dienstunfall einschl. Wegeunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung, Impf-, Haft-, Gewalttat-, Verfolgungsschaden				
<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall				
Bestehen auf Grund der gesundheitlichen Beeinträchtigung/en Ansprüche gegen Dritte?				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gegen				
Fügen Sie bitte eine Kopie des Ausweises für schwerbehinderte Menschen, des Gleichstellungsbescheides oder der Antragseingangsbestätigung zum Anerkennungsverfahren bei.				

zur beruflichen Situation

Berufstätigkeit <input type="checkbox"/> als Arbeiter <input type="checkbox"/> als Angestellter <input type="checkbox"/> als Beamter <input type="checkbox"/> im Hinzuverdienst <input type="checkbox"/> sonstiges		
Betriebszugehörigkeit seit	ausgeübte Tätigkeit	seit
durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit	Arbeitstage pro Woche	erlernte/r Beruf/e

Angaben zum Arbeitgeber / Unternehmen

Name und Anschrift des Betriebes/ Betriebsteiles	
ggf. Name des Hauptbetriebes	
Ansprechpartner beim Arbeitgeber, Telefon	
Schwerbehindertenvertretung, Telefon	
Betriebs-/ Personalrats- vorsitzender, Telefon	

Angaben zur Tätigkeit, zum Arbeitsplatz und zur beantragten Förderung des schwerbehinderten Menschen

Erforderliche Fachkenntnisse
Erforderliche Befähigungsnachweise

Welche behinderungsbedingten Funktions- bzw. Leistungseinschränkungen bestehen im Zusammenhang mit der Arbeit?
(arbeitsorganisatorisch, im Arbeitsumfeld, am Arbeitsplatz usw.)

Für welche Tätigkeiten wird auf Grund der Behinderung/en Unterstützung benötigt?

Tätigkeit

Zeitaufwand (Std., Min.)

Wurden Umsetzungsmöglichkeiten geprüft?

- nein
- ja, welche

Kann der Arbeitsplatz behindertengerecht ausgestaltet werden?

- nein
- ja, ggf. wie?

Stimmen ausgeübte Tätigkeit und Qualifizierung überein?

- ja
- nein, warum nicht?

Muss eine Qualifizierung nachgeholt werden?

- nein
- ja, welche?

Wird durch den Integrationsfachdienst oder einen anderen Fachdienst Unterstützung gewährt?

- nein
- ja, durch wen?

Erklärung

Sind von dritter Seite für denselben Zweck Leistungen vorgesehen, beantragt, bewilligt oder erbracht worden?

(z. B. im Rahmen von Förderprogrammen der Europäischen Union und der Wirtschaftsförderung, des Bundes, des Landes Sachsen, der Kommunen, der Agentur für Arbeit, durch die gesetzliche Kranken-, Pflege- oder Rentenversicherung, anderer gesetzlicher Leistungsträger, ...)

- nein
 ja, für

Bankverbindung, auf welche die bewilligten Leistungen ausgezahlt werden sollen:

Kontoinhaber: Name der Bank:

IBAN: BIC:

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit der in diesem Antrag und in den Antragsunterlagen gemachten Angaben. Es ist mir 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 Arbeitgeber und mit der 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 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: _____ Unterschrift: _____

Anlage zum Antrag

Aktenzeichen:

Personalien des schwerbehinderten Arbeitnehmers, der Leistungen beantragt:

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

ERKLÄRUNG DES SCHWERBEHINDERTEN ARBEITNEHMERS

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 _____

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

Zum Antrag von

AZ:

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 Arbeitsagentur

Kommunaler Sozialverband Sachsen
 Postfach 10 09 62
 04009 Leipzig

Angaben des Arbeitgebers

Zum Antrag auf Übernahme der Kosten einer notwendigen Arbeitsassistenz an schwerbehinderte/gleichgestellte behinderte Arbeitnehmer gem. § 185 Abs. 5 SGB IX i. V. m. § 17 Abs. 1 a SchwbAV

Sehr geehrte Damen und Herren,

zur Bearbeitung des Antrags auf Übernahme der Kosten einer notwendigen Arbeitsassistenz an schwerbehinderte/gleichgestellte behinderte Arbeitnehmer benötigen wir neben den Angaben des Antragstellers ebenfalls Aussagen des Arbeitgebers.
 Beantworten Sie bitte die folgenden Fragen und senden Sie das Formular an uns zurück.

Angaben zur Beschäftigung des schwerbehinderten/gleichgestellten Menschen

Arbeitsgruppe/Abteilung	Vorgesetzter, Telefon
Tätigkeitsbeschreibung, -inhalte	
Vergütung <input type="checkbox"/> Tarif <input type="checkbox"/> ortsübliche Entlohnung <input type="checkbox"/> Haustarif _____ € durchschnittlicher monatlicher Bruttoverdienst _____ Stunden Wochenarbeitszeit	

Angaben zur beantragten Förderung

Welche behinderungsbedingten Funktions- bzw. Leistungseinschränkungen des schwerbehinderten/gleichgestellten behinderten Mitarbeiters bestehen im Zusammenhang mit der Arbeit? (arbeitsorganisatorisch, im Arbeitsumfeld, am Arbeitsplatz, ...)

Arbeitsaufgaben	Zeitaufwand (Std., Min.)

Wurden Umsetzungsmöglichkeiten geprüft?
 nein
 ja, welche?

Kann der Arbeitsplatz behindertengerecht ausgestaltet werden?
 nein
 ja, ggf. wie

Gibt es Qualifizierungsmöglichkeiten?

- nein
- ja, welche?

Könnten die Einschränkungen anstatt durch eine betriebsfremde Person mit Betreuungsleistungen durch einen Mitarbeiter Ihrer Firma/Dienststelle ausgeglichen werden (eventuell mit finanzieller Unterstützung des Integrationsamtes)?

- ja
- nein, warum?

Das Einverständnis des Arbeitgebers zur Anwesenheit des Arbeitsassistenten im Betrieb/der Dienststelle

- wird erteilt.
- wird nicht erteilt.

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel des Betriebes bzw. der Dienststelle

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
Firmenstempel.

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 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. Steuerepflichtiges 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

Firma

(bitte ergänzen)

Kommunaler Sozialverband Sachsen
Postfach 10 09 62
04009 Leipzig

**Einverständnis zum Einsatz von Herrn / Frau _____
als Teil der persönlichen Assistenz am Arbeitsplatz
für Herrn / Frau _____**

Hiermit erklären wir uns damit einverstanden, dass

Herr / Frau _____

tätig in der Firma _____

als _____

zur Erbringung seiner / ihrer Tätigkeit und zur Sicherstellung der Kommunikation die / den o.g.
Arbeitsplatzassistentin/-en in Anspruch nehmen kann.

_____, den _____

Stempel / 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.