



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)**

**Ausgleich außergewöhnlicher Belastungen des Arbeitgebers (§ 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		

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

**Angaben zum schwerbehinderten / gleichgestellten behinderten 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: .....
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 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			
Erfolgte bereits eine berufliche Rehabilitationsmaßnahme?  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch			
Werden Lohnkostenzuschüsse von anderen Stellen gezahlt?  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch			
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 <input type="checkbox"/> sonstiges			
Betriebszugehörigkeit seit	ausgeübte Tätigkeit  seit	erlernter Beruf	
soziale Absicherung in der Firma <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ausschluss einer ordentlichen (Änderungs-) Kündigung <input type="checkbox"/> Anspruch auf Verdienstsicherung <input type="checkbox"/> Beamter auf Lebenszeit			

## Angaben zur beantragten Förderung

Sollte der im Formular vorgesehene Platz nicht ausreichen, führen Sie Ihre Ausführungen bitte auf einem neutralen Blatt fort.

**Beschreiben / Erläutern Sie die Einschränkungen / Schwierigkeiten / Probleme, die Ihnen bei der Beschäftigung des schwerbehinderten / gleichgestellten behinderten Mitarbeiters entstehen.**

**Welche innerbetrieblichen Umsetzungsmöglichkeiten und/oder welche Änderungen im Arbeitsablauf haben Sie geprüft oder bereits durchgeführt, um den schwerbehinderten / gleichgestellten behinderten Mitarbeiter entsprechend seiner Leistungsfähigkeit einzusetzen?**

## Erklärung

Sind von dritter Seite Leistungen zur finanziellen oder materiellen Unterstützung vorgesehen, beantragt, bewilligt oder werden solche bereits erbracht?  
(z.B. im Rahmen von Förderprogrammen oder gesetzlichen Verpflichtungen der Europäischen Union, des Bundes, des Landes Sachsen, der Kommunen, der Agentur für Arbeit, des Rentenversicherungsträgers usw. im Rahmen einer Wiedereingliederung oder arbeitsmarktpolitischer Hilfen, ...)

- nein  
 ja, für

### 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. Dieses Informationsblatt ist dem betr. Arbeitnehmer zur Kenntnis zu geben.

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 - Ausgleich außergewöhnlicher Belastungen -</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

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](mailto: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](mailto: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.