



<h2 style="margin: 0;">Antrag auf Gewährung eines Budget für Arbeit</h2> <p style="margin: 10px 0 0 0;">im Rahmen der Eingliederungshilfe nach § 61 SGB IX</p>	<p style="margin: 0;">Eingangsstempel</p> <p style="margin: 0;">Aktenzeichen</p>
<p style="margin: 0;">Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig und vollständig auszufüllen. Nichtzutreffende Felder sind deutlich zu streichen bzw. mit „Nein“ zu beantworten. Die Richtigkeit aller Angaben ist durch Ihre Unterschrift oder die Ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen.</p>	

1. Persönliche Verhältnisse

1	Familiename (ggf. Geburtsname angeben)			
2	Vorname(n) (Rufname unterstreichen)			
3	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> ohne Angabe
4	Geburtsdatum und Geburtsort/Kreis	(Geburtsdatum)	(Geburtsort/Kreis)	
5	Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> getrenntlebend <input type="checkbox"/> geschieden seit	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> aufgehobene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet
6	Ich bin Ausländer (Wenn Ja, bitte Nachweise zum ausländerrechtlichen Status beifügen!)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja:	Staatsangehörigkeit: _____ Aufenthaltsstatus: _____ Asylberechtigte(r): <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein anerkannter Flüchtling nach Genfer Konvention: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
7	Wohnanschrift: Straße, Nr. PLZ, Ort			
8	Telefonnummer (freiwillig; für Rückfragen)			
9	gesetzliche Betreuung Vorname und Name Betreuer(in) Straße, Nr., PLZ, Ort Telefonnummer:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Bitte Kopie des Betreuerausweises beifügen!	
10	Angaben zur Pflegebedürftigkeit:	Ich habe einen Pflegegrad beantragt: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am:		
		<input type="checkbox"/> Pflegegrad wurde abgelehnt		
		Bei mir wurde folgender Pflegegrad festgestellt:		
		<input type="checkbox"/> Pflegegrad 1	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 2	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4
		<input type="checkbox"/> Pflegegrad 5	seit:	
11	Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft	Schwerbehindertenausweis wurde ausgestellt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
		ist derzeit beantragt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
		wird noch beantragt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
		Bitte beidseitige Kopie des Schwerbehindertenausweises und Kopie des Feststellungsbescheides beifügen! beifügen!		
		anerkannter Grad der Behinderung (GdB):		

anerkannte Merkzeichen:

- G aG B H
 RF BI GI TBI

Ich bin Schwerbehinderten gleichgestellt Ja Nein

2. Angaben zu Arbeit und Beruf

12	Schulabschluss			
13	Erlerner Beruf			
14	Beruflicher Werdegang	Ausgeübte Tätigkeiten	Von ... bis ...	Name und Sitz des Arbeitgebers
	
	
	
15	Haben Sie bereits in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder bei einem Anderen Leistungsanbieter gearbeitet?	<input type="checkbox"/> Ja und zwar im ... <input type="checkbox"/> Berufsbildungsbereich von bis <input type="checkbox"/> Arbeitsbereich von bis <input type="checkbox"/> Nein		
16	Wurde bei Ihnen bereits eine Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsminderung festgestellt und haben Sie eine Rente?	<input type="checkbox"/> volle Erwerbsunfähigkeit/Erwerbsminderung <input type="checkbox"/> teilweise Erwerbsminderung <input type="checkbox"/> dauerhaft <input type="checkbox"/> befristet bis <input type="checkbox"/> Nein/weiß nicht		
		Ich habe Rente beantragt oder bekomme bereits eine Rente:		
		<input type="checkbox"/> Ja, beantragt <input type="checkbox"/> Ja, bekomme schon Rente <input type="checkbox"/> Ja, aber abgelehnt <input type="checkbox"/> Nein, noch nicht beantragt <i>(Bitte den ersten Rentenbescheid in Kopie beifügen)</i>		
17	Bei welchem Arbeitgeber wollen Sie das Budget für Arbeit in Anspruch nehmen? (Name und Anschrift)			
18	Was wird Ihre Tätigkeit bei diesem Arbeitgeber sein?			
19	Benötigen Sie an Ihrem künftigen Arbeitsplatz eine behinderungsgerechte Arbeitsplatzausstattung?	<input type="checkbox"/> Ja und zwar folgende Gegenstände: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> noch unklar		
20	Wann wurde Ihnen das Arbeitsverhältnis durch den Arbeitgeber angeboten?			
21	Haben Sie und der Arbeitgeber den Arbeitsvertrag bereits unterschrieben?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am		
22	Benötigen Sie für Ihre Tätigkeit eine Anleitung und Begleitung (nicht nur eine reine Einarbeitung)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ist noch unklar		
23	Falls Sie Frage 22 mit „Ja“ beantwortet haben; durch wen soll die Anleitung und Begleitung erbracht werden?	<input type="checkbox"/> Ich wünsche die Durchführung der Anleitung und Begleitung durch einen Mitarbeiter eines Integrationsfachdienstes.		
		<input type="checkbox"/> Ein anderer Mitarbeiter des Arbeitgebers unterstützt mich.		
		<input type="checkbox"/> Ich möchte mich durch folgende Person(en) unterstützen lassen: <input type="checkbox"/> ist noch unklar		
24	Falls Sie Frage 22 mit „Ja“ beantwortet haben; bitte beschreiben Sie Ihren Unterstützungsbedarf am Arbeitsplatz.		
	Wobei?			
	Wie?			
	Wann?			
	Wie oft? (Falls der Platz hier nicht ausreicht, verwenden Sie bitte gern zusätzlich ein leeres Blatt)		

3. Aufenthaltsverhältnisse

25	Aktuelle Wohnsituation:	<input type="checkbox"/> in meiner Wohnung leben weitere Personen, die Eingliederungshilfe erhalten
		von bis Straße, PLZ, Ort
26	Aufenthalte <u>in den letzten 6 Monaten</u> vor dieser Antragstellung bzw. vor der Aufnahme in die Wohnform oder dem Beginn der hiermit beantragten Leistung (Wohnsitze, Krankenhaus-, Pflege-, Kinderheim- und JVA-Aufenthalte, o. Ä.)	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

4. Vorrangige Ansprüche

Aufgrund des Nachranges der Eingliederungshilfe (§ 91 SGB IX) ist zu prüfen, ob für Sie vorrangige Ansprüche gegen einen Schädiger oder nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) bestehen.

Dem Grunde nach anspruchsberechtigt nach dem BVG sind Kriegsbeschädigte und deren Hinterbliebene sowie behinderte Familienmitglieder des Beschädigten. Dies gilt auch für Beschädigte im Sinne der Gesetze, die die entsprechende Anwendung der Leistungsvorschriften des BVG vorsehen (sog. Nebengesetze). Dazu zählen u. a. Opfer von Gewalttaten nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), Wehrdienstbeschädigte nach dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG), Impfgeschädigte nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG - früher Bundesseuchengesetz).

27	Was ist die Ursache Ihrer Behinderung? Ist die Behinderung auf einen Unfall oder eine andere schadenersatzpflichtige Handlung durch eine andere Person oder eine Berufskrankheit zurückzuführen? <input type="checkbox"/> Nein, die Behinderung ist ohne Fremdeinwirkung eingetreten (z. B. durch eine Erkrankung) <input type="checkbox"/> Ja, die Behinderung ist eingetreten durch: <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> tätlichen Angriff (Gewaltverbrechen) <input type="checkbox"/> Impfschaden <input type="checkbox"/> Arzt- oder Hebammenfehler <input type="checkbox"/> sonstiges:	
	Auf Grund der Schädigung wurden <input type="checkbox"/> Schadenersatzansprüche geltend gemacht gegen <input type="checkbox"/> Ansprüche gegen diese Berufsgenossenschaft/dieses Versicherungsunternehmen geltend gemacht: <input type="checkbox"/> keine Ansprüche geltend gemacht	
	Sind Sie, Ihr Ehegatte, Ihre Eltern oder sonstige in der Familie lebende Personen als Kriegsoffer im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes anerkannt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Oder wurde ein früher gestellter Antrag abgelehnt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
28	Erhalten Sie, Ihr Ehegatte, Ihre Eltern oder sonstige in der Familie lebende Personen Versorgungsleistungen nach einem der folgenden Entschädigungsgesetze oder wurden solche Leistungen beantragt? Wurde ein früher gestellter Antrag abgelehnt? <input type="radio"/> Bundesversorgungsgesetz (BVG) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="radio"/> Soldatenversorgungsgesetz (SVG) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="radio"/> Zivildienstgesetz (ZDG) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="radio"/> Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten (OEG) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="radio"/> Infektionsschutzgesetz (IfSG) bzw. Bundesseuchengesetz (BSeuchG) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="radio"/> Häftlingshilfegesetz (HHG) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	<input type="radio"/> Bundesentschädigungsgesetz (BEG) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="radio"/> Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="radio"/> Verwaltungsrechtliches Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="radio"/> Berufliches Rehabilitierungsgesetz (BerRehaG) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="radio"/> Weitere Entschädigungsgesetze, auch ausländische (bitte Gesetze bzw. Rechtsgrundlage angeben)	
	Welche Person ist Kriegsoffer bzw. Empfänger dieser Versorgungsleistungen? Name, Vorname: _____ Geburtstag: _____ Verwandtschaftsverhältnis: _____ Anschrift: Straße, Nr. _____ PLZ, Ort _____	

Welche Stelle gewährt diese Leistungen bzw. bei welcher Stelle wurde der Antrag gestellt? Von welcher Stelle wurde der Antrag auf Anerkennung abgelehnt? Bitte geben Sie die volle Anschrift und das Aktenzeichen an und fügen Sie eine Kopie des entsprechenden Bescheides bei.

sonstiges/weitere Mitteilungen:

5. Schlusserklärungen und Hinweise

5.1. Versicherung der Richtigkeit der Angaben

Ich versichere, dass sämtliche Erklärungen der Wahrheit entsprechen. Ich bin mir darüber im Klaren, dass falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung wegen Betrugs führen können und dass zu Unrecht erhaltene Leistungen zu erstatten sind.

5.2. Mitwirkungspflichten

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich dem Kommunalen Sozialverband Sachsen anzuzeigen (§ 60 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB I). Deshalb werde ich unverzüglich und unaufgefordert insbesondere alle Änderungen in meinem Unterstützungsbedarf am Arbeitsplatz, die Beendigung des Arbeitsverhältnisses sowie arbeitsvertragliche Änderungen anzeigen.

5.3. Hinweise zum Datenschutz nach Artikel 13 und 14 DSGVO

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 S. 1 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 SGB I. Weitere Hinweise zum Datenschutz können Sie dem beigefügten Informationsblatt entnehmen.

5.4. Geltendmachung von Ansprüchen

Sofern ich einen Anspruch gegen einen Dritten geltend machen sollte, werde ich den Kommunalen Sozialverband Sachsen unverzüglich informieren.

5.5. Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller abgegebenen Erklärungen.

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller(in) bzw. gesetzlicher Vertreter

6. Einwilligungserklärungen

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass die in diesem Antragsverfahren erhobenen Daten zur Ausführung der Anleitung und Begleitung oder Arbeitsassistenz an das Integrationsamt des Kommunalen Sozialverbandes Sachsen, Reichsstraße 3, 09112 Chemnitz und an einen regional zuständigen Träger von Integrationsfachdiensten nach § 192 Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch (SGB IX) übermittelt werden dürfen.

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller(in) bzw. gesetzlicher Vertreter