



Kommunaler Sozialverband Sachsen
Außenstelle Chemnitz
- Integrationsamt -
Reichsstraße 3
09112 Chemnitz

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-Ausgleichsabgabenverordnung (SchwbAV)

- technische Arbeitshilfen (§ 185 Abs. 3 Nr. 1 a SGB IX i. V. m. § 19 SchwbAV)**
- zur Erhaltung und Erweiterung beruflicher Kenntnisse und Fertigkeiten (185 Abs. 3 Nr. 1 e SGB IX i. V. m. § 24 SchwbAV)**

persönliche Angaben zum schwerbehinderten/gleichgestellten behinderten Menschen

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-, Dienstoffall 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 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 Angestellte <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	
Schwerbehindertenvertreter, Telefon	
Betriebs-/Personalratsvorsitzender, Telefon	

Angaben zur beantragten Förderung

Dieser Bereich gliedert sich in **1. Leistungen für technische Arbeitshilfen** und **2. Hilfen zur Teilnahme an beruflichen Bildungsmaßnahmen.**

Beantworten Sie im Folgenden bitte die für Ihren Antrag maßgeblichen Fragen und begründen Sie Ihre Aussagen.
 Sollte der im Formular vorgesehene Platz nicht ausreichen, führen Sie Ihre Ausführungen bitte auf einem neutralen Blatt fort.

Allgemeines Welche Funktions- bzw. Leistungseinschränkungen bestehen im Zusammenhang mit der Arbeit?
1. zu technischen Arbeitshilfen Wurden Umsetzungsmöglichkeiten geprüft? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?

Welche technischen Arbeitshilfen sind erforderlich?

2. zu beruflichen Bildungsmaßnahmen

Wozu ist die Bildungsmaßnahme erforderlich?

Welche Kosten im Zusammenhang mit der Bildungsmaßnahme sollen übernommen werden?

Wie hoch ist der finanzielle Aufwand für die Maßnahme?

Erklärung

Sind von dritter Seite für denselben Zweck Leistungen vorgesehen, beantragt, bewilligt oder erbracht worden (z. B. im Rahmen von Förderprogrammen der Europäischen Union, des Bundes, des Landes Sachsen, der Kommunen, der Agentur für Arbeit, der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung usw.)?

- nein
 ja, für

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

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 _____

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.

Ort, Datum

Unterschrift

Fragebogen
zum Antrag auf begleitende Hilfe im Arbeitsleben

1. Haben Sie in den letzten 6 Monaten eine Rehabilitationsmaßnahme (Kur) von Ihrem Rentenversicherungsträger wegen einer der bei Ihnen anerkannten Behinderung/en erhalten?

ja nein

2. Ist die von Ihnen beantragte Ausstattung wegen einer kürzlich eingetretenen Verschlimmerung Ihres Gesundheitszustandes erforderlich?

ja nein

3. Haben Sie gegebenenfalls im Vorfeld bereits einen entsprechenden Antrag bei Ihrem Rentenversicherungsträger eingereicht und wenn ja; liegt eine Entscheidung vor?
In diesem Fall legen Sie bitte eine Kopie bei.

ja nein

Ort, Datum

Unterschrift

Bezeichnung und Anschrift des Arbeitgebers

Anlage: Antrag auf begleitende Hilfe
im Arbeitsleben

Aktenzeichen (Bitte stets angeben)

Kommunaler Sozialverband Sachsen
Integrationsamt
Reichsstr. 3
09112 Chemnitz

Hinweis:
Bitte füllen Sie die Arbeitsplatzbeschreibung
vollständig aus und bestätigen Sie Ihre
Angaben mittels Unterschrift.

Arbeitsplatzbeschreibung

für Herrn/Frau _____ wohnhaft in _____

Tätigkeitsbezeichnung:

Name des Vorgesetzten:

Entgelt:

nach Tarif

ortsüblich

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

Folgende Informationen sind Ihnen gemäß Art. 13 und 14 der Verordnung (EU) 2016/679 (Datenschutz-Grundverordnung [DSGVO]) bei Verarbeitung der personenbezogenen Daten mitzuteilen:

1. Namen und Kontaktdaten des Verantwortlichen

Die zuständige Stelle für die Verarbeitung der Daten im Rahmen des Verfahrens nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 3 des Neuntes Sozialgesetzbuches – SGB IX) und mithin Verantwortlicher im Sinne der Art. 13 und 14 DSGVO ist folgende Stelle:

Kommunaler Sozialverband Sachsen
Fachbereich 3
Reichsstr. 3
09112 Chemnitz

2. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Datenschutzbeauftragter
Kommunaler Sozialverband Sachsen
Humboldtstr. 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 notwendig, um über den Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht entscheiden zu können (§ 67a Zehntes Sozialgesetzbuch - SGB X). Alle Angaben, die im Antragsformular und im Rahmen des weiteren Verfahrens gegenüber dem Integrationsamt und einer von uns beauftragten Stelle (z.B. Integrationsfachdienst) gegeben werden, benötigen wir zur Bearbeitung Ihres Antrages. Rechtsgrundlage dafür ist § 185 SGB IX i.V.m. der Schwerbehindertenausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV).

4. Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Ihre personenbezogenen Daten werden folgendermaßen weiterverarbeitet und an weitere zuständige Stellen übermittelt:

- Sie werden im Verfahren nach dem Schwerbehindertenrecht verarbeitet und im Rahmen der Sachverhaltsaufklärung und der Rechtsbehelfsverfahren zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrages (§ 185 SGB IX) an beteiligte Dritte (z.B. dem Integrationsfachdienst) zur Stellungnahme übermittelt, soweit dies für die Durchführung des Verfahrens erforderlich ist (§ 67b Abs. 1 SGB X). Diese Stellen sind ebenfalls zur Wahrung des Datenschutzes verpflichtet. Zur Prüfung der Zuständigkeit ist es außerdem möglich, dass wir Rehabilitationsträger (z.B. Bundesagentur für Arbeit, Deutsche Rentenversicherung) kontaktieren. Im Rechtsbehelfsverfahren werden die Daten an die Mitglieder der beteiligten Ausschüsse im Rahmen der gesetzlichen Verpflichtung (§§ 186, 202 SGB IX) weitergeleitet.
- Medizinische Auskünfte und Unterlagen, die die Verwaltung im Zusammenhang mit dem Verfahren nach dem Schwerbehindertenrecht über Sie 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). Dieser Datenübermittlung an andere Sozialleistungsträger kann von Ihnen jederzeit widersprochen werden.

5. Quelle der personenbezogenen Daten

Soweit dies für die Durchführung des Verfahrens erforderlich ist, können ergänzend medizinische Auskünfte und Unterlagen entsprechend Ihrer Einwilligungserklärung von Ihren behandelnden Ärzten oder anderen Behörden eingeholt und Unterlagen zur Einsicht beigezogen werden.

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 Verarbeitung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der Aufbewahrungsfristen für die Aufgabenerfüllung erforderlich ist. Nach diesem Zeitpunkt erfolgt automatisch, ohne weitere Veranlassung von Ihnen 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 behördlichen 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 wollen, bzw. können diese nicht anderweitig erlangt werden, kann über Ihren Antrag 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.