

Kommunaler Sozialverband Sachsen
Postfach 10 09 62
04009 Leipzig

Hinweis:

Nur ein vollständig ausgefüllter Antrag
kann bearbeitet werden.

Aktenzeichen des Amtes (bitte stets angeben, soweit bekannt)

Antragsformular für Inklusionsbetriebe

Name und Anschrift des Arbeitgebers / Trägers	Ansprechpartner (z.B. Geschäftsführer, Firmeninhaber)
	Telefon
	Email-Adresse (freiwillige Angabe)
Anschrift des Inklusionsbetriebes (falls abweichend zum Träger)	Betriebsnummer der Agentur für Arbeit

Antrag auf Bewilligung von Leistungen nach §§ 215 ff. Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX)

- ☐ für den Aufbau eines Inklusionsbetriebes
☐ für die Erweiterung eines Inklusionsbetriebes
☐ für die Modernisierung und Ausstattung eines Inklusionsbetriebes

I. Beschäftigungssituation

	Arbeitsplätze insgesamt	Im Inklusionsbetrieb neu zu schaffende Arbeitsplätze
Gesamtzahl der Arbeitsplätze (sozialversicherungspflichtig) im Antragsmonat, davon		
Schwerbehinderte Menschen:		
Gleichgestellte behinderte Menschen:		

II. Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

Werden den schwerbehinderten und gleichgestellten Menschen im Inklusionsbetrieb Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung angeboten? ☐ ja ☐ nein

wenn ja, kurze Beschreibung der Maßnahmen

III. Zusammenfassung des Inhalts der geplanten Maßnahme

Welche Arbeitsplatzausstattung ist vorgesehen?

ggf. Fortsetzung auf neutralem Blatt

IV. Umfang der geplanten Maßnahme

Branche/Tätigkeitsfeld:	Kosten in € (netto)
Aufbau- / Ausstattungsinvestitionen:	
Erweiterungsinvestitionen:	
Modernisierungsinvestitionen:	
Gesamtkosten:	

☐ 3 Kostenvoranschläge liegen bei ☐ Kostenvoranschläge werden bis zum _____nachgereicht

V. Finanzierungsplan

Eigenmittel:	€
Fremdmittel, davon	€
Darlehen:	€
Investitionszulage:	€
andere Fördermittel:	€
Beantragung beim Integrationsamt:	€

VI. Sicherheiten

Folgende Sicherheiten können angeboten werden:

- | | |
|---|--|
| ☐ Bürgschaft | ☐ Sicherungsübereignung |
| ☐ Grundschuld/Hypothek | ☐ Sicherungsabtretung |

☐ Bürgschaftsvertrag/-versicherung

☐ _____

VII. Sonstiges

Besteht Vorsteuerabzugsberechtigung nach § 15 UStG?

(Angaben nur von nicht-öffentlichen Arbeitgebern !)

☐ ja

☐ nein; Nachweis bitte beifügen

Benötigen Sie für die geplante Maßnahme aufgrund langer Bestell- bzw. Lieferfristen einen vorzeitigen Maßnahmebeginn?

☐ ja, weil _____

☐ nein

Die beantragte Hilfe soll bei Bewilligung auf folgendes Konto überwiesen werden:

IBAN: _____

BIC: _____

VIII. Erklärungen

Ist oder war über das Vermögen der Gesellschaft, eines der Gesellschafter oder des Firmeninhabers ein Insolvenzverfahren beantragt, eröffnet oder mangels Masse abgelehnt worden?

☐ ja

☐ nein

Wurde in das bewegliche oder unbeweglich Vermögen einer der vorgenannten Personen die Zwangsvollstreckung betrieben?

☐ ja

☐ nein

Hat eine der vorgenannten Personen eine eidesstattliche Versicherung abgeben?

☐ ja

☐ nein

Ist die Antragstellerin/der Antragsteller den Verpflichtungen zur Zahlung von Steuern und Abgaben sowie von Sozialbeiträgen nachgekommen?

☐ ja

☐ nein

Ist mit der Maßnahme, für die mit diesem Antrag Mittel beantragt werden, schon begonnen worden?

☐ ja

☐ nein

Sind von anderer Seite Leistungen zur finanziellen oder materiellen Unterstützung vorgesehen, beantragt, bewilligt oder werden solche bereits erbracht?

(z. B. im Rahmen von Förderprogrammen der Europäischen Union und der Wirtschaftsförderung, des Bundes, des Landes Sachsen, der Kommunen, der Sächsischen Aufbaubank, der Kreditbank für Wiederaufbau, der Agentur für Arbeit usw. zur Verbesserung der regionalen Wirtschaftsstruktur, zur Unterstützung mittelständischer Unternehmen, zur Unterstützung von Existenzgründungen, im Rahmen arbeitsmarktpolitischer Hilfen, zur Aus- und Fortbildung...)

☐ nein

☐ ja, für

☐ Es wird versichert, dass die vorstehenden Angaben richtig, vollständig und nach bestem Wissen gemacht worden sind. Es ist bekannt, dass nicht ausgefüllte oder durchgestrichene Rubriken als Verneinung gelten. Die Folgen vorsätzlich oder grob fahrlässig falscher Erklärungen sind bekannt, insbesondere besteht Kenntnis von der Möglichkeit der Rückforderung der bewilligten und ausgezahlten Mittel in diesen Fällen. Wir verpflichten uns/ich verpflichte mich zudem, jede Änderung in unseren/meinen wirtschaftlichen Verhältnissen dem Integrationsamt unverzüglich mitzuteilen.

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 SGB X),
- ich dieser Datenübermittlung jederzeit widersprechen kann,
- die Daten elektronisch gespeichert werden.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der/des Antragsteller/s

Anlagen:

- ☐ Anlage 1 - Angaben zum schwerbehinderten / gleichgestellten Arbeitnehmer
- ☐ Anlage 2 - Arbeitsplatzbeschreibung – Ausgleich außergewöhnlicher Belastungen
- ☐ Anlage 3 - Erklärung des schwerbehinderten / gleichgestellten Arbeitnehmers
- ☐ Anlage 4 - Merkblatt Antrag auf investive Leistungen

Folgende Dokumente sind dem Antrag durch den Antragsteller ebenfalls beizufügen:

- ☐ Kopie Schwerbehindertenausweis / Gleichstellungsbescheid
- ☐ Kopie des Arbeitsvertrages des schwerbehinderten / gleichgestellten Arbeitnehmers
- ☐ Kostenvoranschläge
- ☐ Kopie des Führerscheines des schwerbehinderten / gleichgestellten Arbeitnehmers
(nur bei Förderung Kfz)

[Die Anlagen sind nur erforderlich, wenn diese nicht schon mit dem Antrag auf Ausgleich außergewöhnlicher Belastungen (Pauschale I und Pauschale II) eingereicht wurden.]

Wichtiger Hinweis:

Bitte warten Sie mit der Anschaffung bzw. mit der Auslösung einer verbindlichen Bestellung, bis Ihnen vom Integrationsamt per Erlass eines Bescheides die Förderung bewilligt oder in dringenden Fällen ein vorzeitiger Maßnahmebeginn genehmigt wurde. Andernfalls sind finanzielle Leistungen grundsätzlich ausgeschlossen.

Angaben zum schwerbehinderten/gleichgestellten behinderten Arbeitnehmer

(Bitte für jeden sbM gesondert ausfüllen!)

Name, Vorname (ggf. Geburtsname)	
Geburtsdatum	
Anschrift	
Behinderung	☐ Schwerbehinderteneigenschaft ☐ Gleichstellung Grad der Behinderung: Merkzeichen:
Sozialversicherungsnummer	
Wurde die Behinderung durch einen Arbeits-, Dienst- bzw. Wegeunfall oder eine Berufskrankheit verursacht?	☐ nein ☐ ja, durch:
Betriebszugehörigkeit seit	
Tätigkeitsbezeichnung / derzeit tätig als	
Erlerner Beruf	
Arbeitsvertrag	☐ unbefristet ☐ verbeamtet ☐ befristet bis:
Arbeitszeit	Arbeitszeit bei Vollzeitbeschäftigung: Stunden / Woche Tatsächliche Arbeitszeit des Arbeitnehmers: Stunden / Woche
Rehabilitationsmaßnahme	Medizinische Reha ☐ nein ☐ ja, durch wen: Berufliche Reha ☐ nein ☐ ja, durch wen:

Bezeichnung und Anschrift des Inklusionsbetriebes

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

(Falls vorhanden, bitte Stellenbeschreibung mit beifügen!)

für Herrn/Frau _____ wohnhaft in _____

Einstellungstermin:

Arbeitsgruppe/Abteilung:

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

Stempel des Arbeitgebers

Diese Anlage zum Antrag des Arbeitgebers ist vom sbM auszufüllen und zu unterschreiben.
Diese Anlage kann ggf. auch direkt vom sbM an das Integrationsamt übersandt werden.

Personalien des schwerbehinderten Arbeitnehmers, für den Leistungen beantragt werden:

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

ERKLÄRUNG DES SCHWERBEHINDERTEN ARBEITNEHMERS

1. Ich beziehe

- ☐ keine Rente
☐ keine Rente, habe aber einen Antrag gestellt
☐ Rente wegen ☐ Berufsunfähigkeit
☐ Erwerbsunfähigkeit ☐ auf Zeit ☐ Dauerrente
☐ der Folgen eines Arbeits- bzw. Wegeunfalls.

Die Rente wird gezahlt von der

- ☐ DRV _____
☐ 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
(auch evtl. Versicherungsleistungen) wegen evtl. Unfallfolgen besteht

- ☐ nicht
☐ gegenüber _____

4. Art der Behinderung:

- ☐ geistige Behinderung ☐ seelische Behinderung ☐ Körperbehinderung

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 und die mit dem Feststellungsverfahren nach dem SGB IX betrauten Stellen (Stadtverwaltung, Landratsamt), 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-DDSGVO beigelegt. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme der Informationen.

Ort, Datum

Unterschrift

Merkblatt für Anträge auf investive Leistungen (Aufbau, Erweiterung / Modernisierung)

Sehr geehrter Antragsteller,

Sie möchten Antrag auf Unterstützung von Investitionen für Ihren Inklusionsbetrieb stellen?

Für die Bearbeitung der Anträge auf investive Unterstützung / **Aufbau und Erweiterung** gemäß § 28a SchwbAV benötigen wir folgende Unterlagen:
(sofern nicht bereits mit Antrag auf Pauschale I + II eingereicht)

- Antragsformular
 - beinhaltet grundlegende Daten bzw. Angaben zum Antrag
- Arbeitsplatzbeschreibung
 - Weitergabe an Technischen Beratungsdienst
- Erklärung des / der schwerbehinderten / gleichgestellten Arbeitnehmer/s (ein entsprechendes Formblatt liegt diesem Antrag bei)
 - Ermöglicht das Abfordern von Unterlagen bei anderen Behörden – bspw. Feststellungsbescheid
- Kopie des Schwerbehindertenausweises bzw. Kopie des Gleichstellungsbescheides des / der betroffenen Arbeitnehmer/s
 - Nachweis der Anspruchsberechtigung
- Kopie des Arbeitsvertrages des / der schwerbehinderten/gleichgestellten Arbeitnehmer/s
 - Nachweis der Anspruchsberechtigung
- Feststellungsbescheid des / der schwerbehinderten/gleichgestellten Arbeitnehmer/s (falls dieser vorliegt)
 - Weitergabe an den Technischen Beratungsdienst
- 3 Kostenangebote, wenn weniger eingereicht werden ist eine Begründung erforderlich (bspw. Hausanbieter, nachweislich beste Konditionen, ...)
 - erforderlich für zweckmäßigen und sparsamen Umgang mit Mitteln der Ausgleichsabgabe
 - wird dem Technischen Beratungsdienst zugeleitet
- je nach Investition weitere Unterlagen
bspw. bei Antrag auf Förderung eines Kfz:
 - Kopie des Führerscheins des / der schwerbehinderten / gleichgestellten Arbeitnehmer/s
 - ggf. Personenbeförderungsschein ...

Für die Bearbeitung der Anträge auf investive Unterstützung / **Modernisierung** gemäß § 28a SchwbAV benötigen wir folgende Unterlagen:

- Antragsformular
 - beinhaltet grundlegende Daten bzw. Angaben zum Antrag
- Begründung des Antrages / Abgrenzung zur Ersatzbeschaffung
- 3 Kostenangebote, wenn weniger eingereicht werden ist eine Begründung erforderlich (bspw. Hausanbieter, nachweislich beste Konditionen, ...)
 - erforderlich für zweckmäßigen und sparsamen Umgang mit Mitteln der Ausgleichsabgabe / wird dem Technischen Beratungsdienst zugeleitet