



Kommunaler Sozialverband Sachsen
Postfach 10 09 62
04009 Leipzig

Hinweis:

Nur ein vollständig ausgefüllter Antrag
kann bearbeitet werden.

Aktenzeichen (bitte stets angeben, soweit bekannt)

Antragsformular für Inklusionsbetriebe

Name und Anschrift des Inklusionsbetriebes	Ansprechpartner
	Telefon / Fax
	E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)
	Betriebsnummer der Agentur für Arbeit

**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 SGB IX i. V. m. § 27 SchwbAV) – Pauschale I
- Abgeltung des besonderen Aufwandes**
(§ 217 SGB IX i. V. m. § 28a SchwbAV) – Pauschale II

für folgende schwerbehinderte Arbeitnehmer:

--

Angaben zum Inklusionsbetrieb

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	

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

wenn ja, kurze Beschreibung der Maßnahmen

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 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

Ich/Wir versichere(n) die Richtigkeit und Vollständigkeit der in diesem Antrag einschließlich Anlagen 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 behinderten Arbeitnehmer und mit einer 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 sind ergänzend 3 Informationsblätter zum Datenschutz nach der EU-DSGVO beigelegt. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme der Informationen und versichere die Weiterleitung an den betroffenen schwerbehinderten / gleichgestellten Arbeitnehmer sowie an die personelle Unterstützungskraft.

Für jeden Schwerbehinderten Menschen, für den Leistungen mit diesem Antrag beantragt werden, ist die Anlage 1 (Angaben zum Arbeitnehmer und Angaben zur beantragten Förderung) dieses Antrages auszufüllen und beizufügen.

Ort/Datum:

Name/Unterschrift/Firmenstempel:

Anlagen:

- Anlage 1 - Angaben zum schwerbehinderten / gleichgestellten Arbeitnehmer
- Anlage 2 - Arbeitsplatzbeschreibung – Ausgleich außergewöhnlicher Belastungen
- Anlage 3 - Erklärung des schwerbehinderten / gleichgestellten Arbeitnehmers
- Anlage 4 - Verdienstbescheinigung des schwerbehinderten/gleichgestellten Arbeitnehmers
- Anlage 5 - Verdienstbescheinigung der personellen Unterstützungskraft
- Anlage 6 - Erklärung der personellen Unterstützungskraft
- Anlage 7 - Formblatt Zielgruppenzugehörigkeit
- Anlage 8 - Merkblatt Antrag auf laufende Leistungen

Folgende Dokumente sind dem Antrag durch den Antragsteller ebenfalls beizufügen:

- Kopie Schwerbehindertenausweis/Gleichstellungsbescheid
- Kopie des Feststellungsbescheides über die anerkannten Funktionseinschränkungen des schwerbehinderten/gleichgestellten Arbeitnehmers (falls vorliegend)
- Kopie des Arbeitsvertrages des schwerbehinderten/gleichgestellten Arbeitnehmers
- Kopie des Arbeitsvertrages der personellen Unterstützungskraft
- Kopie des Bescheides über den Eingliederungszuschuss (EGZ)

Angaben zum schwerbehinderten/gleichgestellten behinderten Arbeitnehmer

(Bitte für jeden sbM gesondert ausfüllen!)

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	festgestellt am: von:		
Fügen Sie bitte eine Kopie des Ausweises für schwerbehinderte Menschen, des Gleichstellungsbescheides oder der Antragseingangsbestätigung zum Anerkennungsverfahren bei.			
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 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			
Berufstätigkeit <input type="checkbox"/> als Arbeiter <input type="checkbox"/> als Angestellter <input type="checkbox"/> im Hinzuverdienst <input type="checkbox"/> sonstiges			
Betriebszugehörigkeit seit	ausgeübte Tätigkeit seit	erlernte/r Beruf/e	

Eingliederungszuschuss (der Agentur für Arbeit oder Rentenversicherungsträger)

- Antrag gestellt am _____
- wurde bewilligt (Bitte Bescheidkopie beifügen.)
- wurde abgelehnt (Bitte Bescheidkopie beifügen.)
- Beantragung entfällt aus folgenden Gründen [z.B. Vorrang anderer Leistung (Benennung der Leistung)] (unbedingt auszufüllen):

Angaben zur beantragten Förderung

Dieser Antrag gliedert sich in

- 1. Leistungen für Aufwendungen zur personellen Unterstützung**
- 2. Zuschüsse zum Ausgleich von behinderungsbedingter Leistungsverringerung (Beschäftigungssicherungszuschuss).**

Beantworten Sie im Folgenden bitte die für Ihren Antrag maßgeblichen Fragen und begründen Sie Ihre Aussagen gegebenenfalls.

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

1. Ausgleich außergewöhnlicher Belastungen wegen personeller Unterstützung

Welche Hilfen, Unterstützungsaufwendungen und/ oder zusätzliche Unterweisungen sind auf Grund der Behinderungen des betroffenen Arbeitnehmers erforderlich?

Wie viel Stunden pro Tag findet diese Unterstützung statt?

Wie wird diese notwendige Unterstützung abgesichert und organisiert?

- Die Unterstützung wird im Wesentlichen durch eine Person sichergestellt
- Die Unterstützung wird im Wesentlichen durch wechselnde Personen sichergestellt.
Die Unterstützungsaufgaben und -zeiten sind folgendermaßen verteilt:

2. Ausgleich außergewöhnlicher Belastungen wegen behinderungsbedingter Leistungsverringerung (Beschäftigungssicherungszuschuss)

Welche Arbeiten und Tätigkeiten hat der betroffene Arbeitnehmer zu verrichten, die er auf Grund seiner Behinderung nicht oder nicht voll ausüben kann?

Um wie viel Prozent ist die Leistung gegenüber einem vergleichbaren Nichtbehinderten gemindert? Begründen Sie bitte diese Wertung.

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 – Ausgleich außergewöhnlicher Belastungen –

(Falls vorhanden, bitte Stellenbeschreibung mit beifügen!)

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, ...):

Begründung der Notwendigkeit einer personellen Unterstützung:

Name der Unterstützungsperson:

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 beigefügt. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme der Informationen.

Ort, Datum

Unterschrift

Bezeichnung und Anschrift des Arbeitgebers

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 der personellen Unterstützungskraft

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 monatliche Bruttoarbeitsentgelt ohne steuerpflichtige Sonderzuwendungen und Lohnnebenkosten

Bei feststehenden Einkommen ist der monatliche Bruttobetrag des o.g. Arbeitnehmers maßgeblich.

Schwankt das monatliche Einkommen, geben Sie bitte das monatliche Durchschnitts-Bruttoarbeitsentgelt aus den vergangenen 12 Kalendermonaten einschließlich des Monats der Antragstellung an. Überstunden und sonstige steuerpflichtige Zuschläge ohne Lohnnebenkosten sind mit einzurechnen.

€

3. Ergänzende Angabe der Vergütung pro Arbeitsstunde, falls arbeitsvertraglich vereinbart

_____ €.

Ort, Datum

Name/Unterschrift

Stempel des Arbeitgebers

(vom Arbeitgeber auszufüllen)

Personalien und Erklärung der personellen Unterstützungskraft:

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

ERKLÄRUNG DER PERSONELLEN UNTERSTÜTZUNGSKRAFT

Hiermit werde ich in Kenntnis gesetzt, dass das Integrationsamt von meinem Arbeitgeber den Arbeitsvertrag und eine Verdienstbescheinigung von mir erhält.

Mein Einverständnis für diese Verfahrensweise liegt hiermit vor.

Dem Antrag ist ergänzend ein Informationsblatt zum Datenschutz nach der EU-DSGVO beigefügt. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme der Informationen.

.....

.....

Ort, Datum

Unterschrift

(vom Arbeitgeber auszufüllen)

Formblatt Zielgruppenzugehörigkeit - Angaben zum sbM
 (soweit schon bekannt)
 [für jeden sbM gesondert ausfüllen]

Name, Vorname		Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> Schwerbehinderteneigenschaft <input type="checkbox"/> Gleichstellung	Grad der Behinderung	Gleichgestellt seit von
Ist der/die Betreffende aus einer der folgenden Einrichtungen übergegangen?		
Arbeitsbereich einer WfbM	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
psychiatrische Einrichtung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Förderschule für Geistig- od. Körperbehinderte	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Berufsbildungsbereich einer WfbM	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
(Bitte Nachweis beifügen.)		
Liegt Ihrer Meinung nach eine besonders nachteilige Auswirkung der Behinderung auf das Arbeitsleben vor?		
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN (Wenn JA, bitte Begründung auf einem gesonderten Blatt!)		
Wurde der/die Betreffende durch den IFD vermittelt ?		
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN Wenn JA, durch welchen?		
War bzw. ist der/die Betreffende langzeitarbeitslos (> 1Jahr) ?		
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN (Bitte Nachweis beifügen.)		
Ist der/die Betreffende älter als 50 Jahre ?		
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN		
Liegt eine fehlende berufliche Qualifikation vor?		
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN		
Sonstiges:		

(Für weiterführende Hinweise können Sie die Rückseite nutzen)

Ort/Datum:

Name/Unterschrift/Firmenstempel:

Zielgruppenzugehörigkeit: ja nein noch keine Aussage mgl.
 (Nicht vom Antragsteller auszufüllen)

Datum

Unterschrift

Merkblatt für Anträge auf laufende Leistungen (Pauschale I und Pauschale II)

Sehr geehrter Antragsteller,

Sie möchten Antrag auf Lohnkostenzuschuss für Ihre im Inklusionsbetrieb beschäftigten schwerbehinderten bzw. gleichgestellten Arbeitnehmer stellen?

Für die Bearbeitung der Anträge auf laufende Leistungen gemäß §§ 27 und 28a SchwbAV benötigen wir folgende Unterlagen:

- Antragsformular
 - beinhaltet grundlegende Daten bzw. Angaben zum Antrag
- Arbeitsplatzbeschreibung
 - wird für den Integrationsfachdienst benötigt, dessen Einschätzung wird bei der Ermittlung der Pauschale 1 berücksichtigt
- Erklärung des / der schwerbehinderten / gleichgestellten Arbeitnehmer/s (ein entsprechendes Formblatt liegt diesem Antrag bei)
 - ermöglicht das Abfordern von Unterlagen bei anderen Behörden – bspw. Feststellungsbescheid
- Verdienstbescheinigung des / der schwerbehinderten/gleichgestellten Arbeitnehmer/s (ein entsprechendes Formblatt liegt diesem Antrag bei)
 - wird für die Ermittlung der Pauschale 1 benötigt
- Verdienstbescheinigung des Arbeitnehmers, der die personelle Unterstützung erbringt (ein entsprechendes Formblatt liegt diesem Antrag bei)
 - wird für die Ermittlung der Pauschale 1 benötigt
- Erklärung des Betreuers (ein entsprechendes Formblatt liegt diesem Antrag bei)
 - Ermöglicht Datenweitergabe an das Integrationsamt
- Zielgruppenzugehörigkeit für den / die schwerbehinderten / gleichgestellten Arbeitnehmer (ein entsprechendes Formblatt liegt diesem Antrag bei)
 - Grundlage für die Entscheidung der Pauschale 2
- Kopie des Schwerbehindertenausweises bzw. Kopie des Gleichstellungsbescheides des / der betroffenen Arbeitnehmer/s
 - Nachweis der Anspruchsberechtigung
- Kopie des Arbeitsvertrages des/der schwerbehinderten/gleichgestellten behinderten Arbeitnehmer/s
 - Nachweis der Anspruchsberechtigung
- Feststellungsbescheid des / der schwerbehinderten / gleichgestellten Arbeitnehmer/s (falls dieser vorliegt)
 - wird für die Entscheidung der Pauschale 2 und für den Integrationsfachdienst benötigt
- Kopie des Bescheides über Eingliederungszuschuss (EGZ)
 - Eingliederungszuschuss ist vorrangige Leistung gegenüber der Pauschale 1 Vor Antragstellung beim Integrationsamt ist ein Antrag auf EGZ zu stellen

