

Eingangsdatum:

Antragsdatum:

GZ.:

## Antrag

### auf Gewährung von Arbeitsassistenz - § 185 Abs. 5 - Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch (SBG IX) - Schwerbehindertenrecht-

#### Hinweis

- Das Zutreffende bitte ankreuzen oder ausfüllen
- Sofern der vorgesehene Platz nicht ausreicht, bitte ein gesondertes Blatt verwenden.

Erstantrag  Folgeantrag, letztes Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

#### Antragsteller/Assistenznehmer:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname:

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer:

\_\_\_\_\_  
Anschrift:

\_\_\_\_\_  
E-Mail:

\_\_\_\_\_  
Erlerner Beruf

selbstständig

\_\_\_\_\_  
Beschäftigt seit, als und bei (bitte Anschrift des Arbeitgebers angeben und Kopie des Arbeitsvertrages beifügen)

\_\_\_\_\_  
Wöchentliche Arbeitszeit

\_\_\_\_\_  
Ort des Arbeitsplatzes:

Ich bin vorsteuerabzugsberechtigt:  Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
IBAN:

## 1. Angaben zur Behinderung

Schwerbehinderter Mensch  
anerkannt vom Versorgungsamt

\_\_\_\_\_ Grad der Behinderung \_\_\_\_\_ Datum der Anerkennung

\_\_\_\_\_ Aktenzeichen der Anerkennung

gleichgestellter behinderter  
Mensch, anerkannt von der  
Agentur für Arbeit

\_\_\_\_\_ Grad der Behinderung \_\_\_\_\_ Datum der Anerkennung

\_\_\_\_\_ Aktenzeichen der Anerkennung

Ich habe am \_\_\_\_\_ beim Versorgungsamt \_\_\_\_\_ einen  
Antrag auf Feststellung der Behinderung gestellt.

Ich habe am \_\_\_\_\_ bei der Agentur für Arbeit \_\_\_\_\_ einen  
Antrag auf Gleichstellung mit einem schwerbehinderten Menschen gestellt.

## 2. Ursache der Behinderung

Angeboren	Wehrdienstbeschädigung	Berufskrankheit
Impfschaden	Gewalttat	Arbeitsunfall
Krankheit	Unfall	

## 3. Anspruch gegen Dritte wegen der vorliegenden Behinderung bestehen

Ja, gegen \_\_\_\_\_

Nein

## 4. Pflegestufe \_\_\_\_\_

## 5. Ich bin rentenversichert bei

Deutsche Rentenversicherung Bund

Deutsche Rentenversicherung Brandenburg

Sonstige; Name: \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Ich bin nicht rentenversichert

## 6. Ich bin krankenversichert bei: \_\_\_\_\_

**7. Ich beziehe zurzeit eine Rente**

Ja, genaue Bezeichnung angeben: \_\_\_\_\_

Nein

**8. Ich habe Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei meinem Rehabilitationsträger beantragt.**

Ja, welche \_\_\_\_\_

Nein

**9. Ich habe Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben von meinem Rehabilitationsträger erhalten.**

Ja, welche \_\_\_\_\_

Nein

**Ich beantrage die Übernahme der Kosten für eine Arbeitsassistenz.**

Die ausführliche Begründung des Antrages bitte auf einem gesonderten Blatt beifügen.

Arbeitgeber - Modell\*

Dienstleistungsmodell

Umfang der Arbeitsassistenz: \_\_\_\_\_

Stunden / Monat

Kosten: \_\_\_\_\_

EUR / Monat

(Bitte fügen Sie die entsprechenden Verträge bei.)

\* bitte auch die beiliegende Anlage „Angaben zur Assistenzkraft“ ausfüllen und eine Tätigkeitsbeschreibung beifügen

Ich versichere, die Angaben in diesem Antrag vollständig und richtig gemacht zu haben. Nicht ausgefüllte oder durchgestrichene Rubriken gelten als Verneinung. Ich bin mir bewusst, dass die erhaltenen Leistungen von mir sofort zurückzuzahlen sind, falls deren Gewährung aufgrund falscher oder unvollständiger Angaben erfolgte.

Ich bin darüber unterrichtet, dass die personenbezogenen Daten zur Erfüllung der Aufgaben des Integrationsamtes erforderlich sind und gespeichert und verarbeitet werden. Die Erhebung dieser Daten erfolgt auf der Grundlage der §§ 35 SGB I, 67 ff. SGB X. (Beachten Sie dazu das anliegende Hinweisblatt zum Datenschutz.)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des / der Antragstellenden:

**Angaben zur Assistenzkraft\*\*:**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname:

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_  
Anschrift:

\_\_\_\_\_  
Erlerner Beruf und in den letzten zehn Jahren überwiegend ausgeübte Tätigkeit:

Wöchentliche Arbeitszeit: \_\_\_\_\_

Rentenversichert bei:

Deutsche Rentenversicherung Bund

Deutsche Rentenversicherung Brandenburg

Sonstige \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Krankenversichert bei:

\_\_\_\_\_  
Beiträge für die Berufsgenossenschaft werden abgeführt an:

\_\_\_\_\_  
Es entstehen Kosten für ein Steuerbüro in monatlicher Höhe von:

\_\_\_\_\_  
Sonstige im Zusammenhang mit der Tätigkeit der Assistenzkraft entstehende Kosten (Dienstreisekosten etc.)  
monatlich in Höhe von:

Meine Assistenzkraft ist vorsteuerabzugsberechtigt:

Ja

Nein, Nachweise beifügen!

\*\* - Folgeanträgen bitte vollständige Angaben  
- bei Erstantrag soweit bekannt ausfüllen

Sie werden im Folgenden entsprechend den gesetzlichen Vorschriften gemäß Art. 13 und 14 der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) informiert:

**Verantwortlich** für die Datenverarbeitung ist das

Landesamt für Soziales und Versorgung  
des Landes Brandenburg,  
Lipezker Str. 45, Haus 5  
03048 Cottbus

Telefon: 0355 2893-0

Telefax: 0331 27548-4523

E-Mail: [post@lasv.brandenburg.de](mailto:post@lasv.brandenburg.de)

Internet: [www.lasv.brandenburg.de](http://www.lasv.brandenburg.de)

Das Landesamt wird vertreten durch die Präsidentin Frau Christina Schröter.

Mit der **Datenschutzbeauftragten** des Landesamtes für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg (LASV) können Sie unmittelbar auf den folgenden Wegen Kontakt aufnehmen:

Landesamt für Soziales und Versorgung  
Gabriele Jaron  
Lipezker Str. 5, Haus 5  
03048 Cottbus

Telefon: 0355 2893-133

E-Mail: [datenschutz@lasv.brandenburg.de](mailto:datenschutz@lasv.brandenburg.de)

Ihre personenbezogenen Daten sind für folgenden **Zweck** erforderlich: Erfüllung der Aufgaben des Integrationsamtes nach § 185 SGB IX zur Durchführung der besonderen Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben.

Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung sind Art. 6 Abs. 1 Buchstaben a und e sowie Art. 9 Abs. 2 Buchstaben a und b der EU-DSGVO, § 3 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und § 5 Abs. 1 des Brandenburgischen Datenschutzgesetzes (BbgDSG), §§ 67 ff. SGB X.

**Ihre Angaben sind freiwillig.** Wenn Sie keine Angaben oder keine vollständigen Angaben machen, können wir Ihren Antrag aber möglicherweise nicht richtig bearbeiten.

Wir geben Ihre personenbezogenen Daten an Dritte weiter, wenn Sie hierzu eingewilligt haben oder eine gesetzliche Vorschrift eine **Datenübermittlung** ausdrücklich vorsieht.

**Ihre Daten verarbeiten wir nur solange sie für den vorgenannten Zweck** einschließlich etwaiger Rechtsbehelfsverfahren und kostenrechtlicher Abwicklung, zur Wahrnehmung der Dienst- und Fachaufsicht sowie zur Bearbeitung von Eingaben, Auskunftersuchen und Beschwerden, **erforderlich sind** und darüber hinaus gemäß den gesetzlichen Nachweis- und Aufbewahrungsfristen.

Nach der EU-DSGVO haben Sie **folgende Rechte**:

- Sie können von uns **Auskunft** über Ihre Daten verlangen, die wir gespeichert haben.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **berichtigen**, wenn sie unrichtig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu  **vervollständigen**, wenn sie unvollständig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **löschen**, wenn wir sie nicht mehr benötigen. Dies könnte insbesondere dann der Fall sein, wenn Sie Ihren Antrag zurücknehmen oder der Verarbeitung Ihrer Daten widersprechen.
- Sie können von uns verlangen, die Verarbeitung Ihrer Daten  **einzuschränken**. Das können Sie insbesondere dann tun, wenn Sie verlangt haben, Ihre Daten zu berichtigen und noch nicht geklärt ist, ob die Daten tatsächlich unrichtig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zur Übertragbarkeit  **bereitzustellen**.
- Sie können Ihre Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit **widerrufen**. Der Widerruf gilt aber nicht rückwirkend. Er macht die vor dem Widerruf stattgefundenen Verarbeitung Ihrer Daten nicht rechtswidrig.
- Sie können der Verarbeitung Ihrer Daten durch uns und der Übermittlung an Dritte jederzeit **widersprechen**.

Bei **Fragen oder Beschwerden** können Sie sich auch an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz und für das Recht auf Akteneinsicht Brandenburg

Dagmar Hartge  
Stahnsdorfer Damm 77  
14532 Kleinmachnow  
Telefon: 033203 356-0

Telefax: 033203 356-49

E-Mail: [poststelle@lda.brandenburg.de](mailto:poststelle@lda.brandenburg.de)

Internet: [www.la.brandenburg.de](http://www.la.brandenburg.de)