

Eingangsdatum:

Antragsdatum:

GZ.:

Antrag des Arbeitgebers / der Arbeitgeberin

auf Gewährung von Leistungen gemäß dem Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch (SGB IX) –
Schwerbehindertenrecht - § 185 Abs. 3 Nr. 2e) SGB IX i. V. m. § 27 Schwerbehinderten –
Ausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV)

Bei außergewöhnlichen Belastungen

Allgemeine Angaben des Antragstellers / der Antragstellerin

Falls Zweigbetrieb bitte auch Hauptsitz angeben

Arbeitgeber/in:

Betriebsnummer:

(von der Agentur vergebene Nummer)

Anschrift Hauptsitz

Name der verantwortlichen Person:

(für Rückfragen)

Telefon des Ansprechpartners:

E-Mail

Anschrift Zweigbetrieb (nur ausfüllen, wenn der Mensch mit Behinderung im Zweigbetrieb beschäftigt wird)

Schwerbehindertenvertrauensperson

(Name, Vorname, Telefonnummer)

Vorsitzender / Vorsitzende des Betriebs-/ Personalrates:

(Name, Vorname, Telefonnummer)

Geltender Tarifvertrag

Anzahl der Beschäftigtenverhältnisse im Gesamtunternehmen § 156 SGB IX (aktueller Stand):

(mindestens 18 Stunden wöchentlich, ohne Ausbildungsplätze, ohne Rechtsreferendare)

Davon schwerbehinderte Menschen / behinderte Menschen die nach § 151 (3) SGB IX gleichgestellt sind:

Ergänzungen z.B. Mehrfachanrechnungen durch die Agentur für Arbeit

Handelt es sich um einen Wiederholungsantrag?	Ja	Nein
Erhalten Sie Lohnkostenzuschüsse von Rehabilitationsträger? (Agentur für Arbeit, Rentenversicherung, Berufsgenossenschaft)	Ja	Nein
Wurde bei einer anderen Stelle ein gleichlautender Antrag gestellt?	Ja	Nein

Angaben zur Person des / der auf dem Arbeitsplatz zu beschäftigenden schwerbehinderten Arbeitnehmers / schwerbehinderten Arbeitnehmerin

Name, Vorname

Geburtsdatum:

Anschrift

Telefon

Beim Antragsteller / Antragstellerin beschäftigt seit: (Arbeitsvertrag in Kopie beifügen)

Wöchentliche Arbeitszeit:

Grad der Behinderung: (Ausweis oder Gleichstellungsbescheid in Kopie beifügen)

Eine Mehrfachanrechnung wurde durch die Agentur für Arbeit zuerkannt: Ja Nein ist beantragt

Die Behinderung beruht auf einem Arbeitsunfall: Ja

Nein

Nicht bekannt

Name der Berufsgenossenschaft:

Anschrift der Berufsgenossenschaft:

Der schwerbehinderte Arbeitnehmer / die schwerbehinderte Arbeitnehmerin bezieht

eine Berufsunfähigkeitsrente: Ja Nein Nicht bekannt

eine Erwerbsminderungsrente: Ja Nein Nicht bekannt

wenn ja, welche

eine andere Rente: Ja Nein Nicht bekannt

wenn ja, welche

Anschrift und Versicherungsnummer des Rentenversicherungsträgers:

Berufe / besondere Fachkenntnisse des schwerbehinderten Arbeitnehmers / der schwerbehinderten Arbeitnehmerin:

Jetzige Tätigkeit des schwerbehinderten Arbeitnehmers / der schwerbehinderten Arbeitnehmerin:

Bezahlung erfolgt: tariflich Ja Nein

 ortsüblich Ja Nein

monatliches Arbeitnehmerentgelt (Brutto:) (Lohn-/Gehaltsnachweise über die letzten 3 Monate beifügen)

Die beantragte Leistung soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

IBAN:

Verwendungszweck max. 49 Zeichen (z.B. Personalnummer des Arbeitnehmers / der Arbeitnehmerin)

Ausführliche Begründung für das Erfordernis der beantragten Leistung (bitte auf gesondertem Blatt).

(Tätigkeitsbeschreibung und Erörterung der konkreten Belastungen, die wegen Art und Schwere der Behinderung zu verzeichnen sind. Darstellung von bereits erfolgten Maßnahmen zur Abwendung seitens des Arbeitgebers.)

Ich versichere, die vorstehenden Angaben richtig, vollständig und nach bestem Wissen gemacht zu haben. Nicht ausgefüllte oder durchgestrichene Rubriken gelten als Verneinung.

Ich bin damit einverstanden, dass das Integrationsamt den o. g. schwerbehinderten Menschen von diesem Antrag informiert und ggf. von ihm erforderliche Auskünfte und Unterlagen abfordert.

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.)

Ich bestätige, dass der / die Beschäftigte über die Antragstellung informiert wurde. Ihm / Ihr wurde das beiliegende Hinweisblatt für Arbeitnehmer ausgehändigt.

Ich versichere, stets einen Lohn zu zahlen, der seiner Höhe nach dem entspricht, was das Gesetz zur Regelung eines allgemeinen Mindestlohnes (Mindestlohngesetz) vorschreibt bzw. dem was zukünftig auf der Grundlage des Mindestlohngesetzes durch die Mindestlohnkommission festgelegt wird.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Antragstellers /
der Antrastellerin:

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

Internet: 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

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 stattgefunden 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

Internet: www.la.brandenburg.de