

Eingangsdatum:

Antragsdatum:

GZ.:

**Antrag des Arbeitnehmers / der Arbeitnehmerin**

auf Gewährung von Leistungen nach § 185 Abs. 3 Nr. 1b) SGB IX Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch (SGB IX) – Schwerbehindertenrecht - i. V. m. § 20 Schwerbehinderten – Ausgleichsabgabeverordnung (SchwAV)

**Hilfen zum Erreichen des Arbeitsplatzes**

**Angaben zur Person des schwerbehinderten Menschen / Antragstellenden**

---

Name, Vorname:

---

Geburtsdatum:

---

Anschrift:

---

Telefonnummer:

---

Erlernter Beruf:

---

Beschäftigt als:

---

Beschäftigt seit:

---

Wöchentliche Arbeitszeit:

---

Arbeitgeber / Arbeitgeberin:

---

Telefonnummer des Arbeitgebers / der Arbeitgeberin

---

Monatliches Netto-Einkommen:

---

Staatsangehörigkeit:

---

Unterhaltsverpflichtungen

**Bitte beachten!**

**Ohne die Angaben zu den nachfolgenden Ziffern 1 bis 8 ist die Bearbeitung des Antrages nicht möglich.**

### **1. Angaben zur Behinderung**

Ich bin schwerbehindert. (Kopie des SB-Ausweises und den Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes beifügen)

Ich bin durch die Agentur für Arbeit einem schwerbehinderten Menschen gleichgestellt. (Kopie des Gleichstellungsbescheides beifügen)

### **2. Ursache der Behinderung**

angeboren	Wehrdienstbeschädigung
Impfschaden	Gewalttat
Krankheit	Unfall
Berufskrankheit	Arbeitsunfall

### **3. Ansprüche gegen Dritte wegen der vorliegenden Behinderung bestehen**

ja, gegen \_\_\_\_\_

nein

**4. Ich habe für denselben Zweck zuletzt ein Darlehen bzw. einen Zuschuss erhalten**

nein

ja, am \_\_\_\_\_

bei/von \_\_\_\_\_

AZ: \_\_\_\_\_

**5. Ich habe einen gleichlautenden Antrag bei einem anderen Träger gestellt**

nein

ja, am \_\_\_\_\_

bei/von \_\_\_\_\_

AZ: \_\_\_\_\_

**6. Ich bin rentenversichert bei**

Deutsche Rentenversicherung Bund

Deutsche Rentenversicherung Brandenburg

sonstige; Name: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

**7. Ich bin krankenversichert bei \_\_\_\_\_**

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

**8. Ich beziehe eine Rente**

ja, genaue Bezeichnung angeben: \_\_\_\_\_

nein

---

**Ich beantrage die Gewährung von Leistungen nach dem Schwerbehindertenrecht zum Erreichen des Arbeitsplatzes:**

---

**Ausführliche Begründung des Antrages** (ggf. auf gesondertem Blatt vornehmen):

---

Gesamtaufwand gemäß beigefügten Kostenvoranschlägen:  
(3 Kostenvoranschläge einholen, wenn nur 1 Kostenvoranschlag vorliegt ist eine Begründung erforderlich).

Die beantragte Leistung soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

---

Kontoinhaber:

---

IBAN:

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

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 der Antragstellerin / des Antragstellers:

<p>Sie werden im Folgenden entsprechend den gesetzlichen Vorschriften gemäß Art. 13 und 14 der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) informiert:</p> <p><b>Verantwortlich</b> für die Datenverarbeitung ist das Landesamt für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg, Lipezker Str. 45, Haus 5 03048 Cottbus</p> <p>Telefon: 0355 2893-0 E-Mail: <a href="mailto:post@lasv.brandenburg.de">post@lasv.brandenburg.de</a> Internet: <a href="http://www.lasv.brandenburg.de">www.lasv.brandenburg.de</a></p> <p>Das Landesamt wird vertreten durch die Präsidentin Frau Christina Schröter.</p> <p>Mit der <b>Datenschutzbeauftragten</b> des Landesamtes für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg (LASV) können Sie unmittelbar auf den folgenden Wegen Kontakt aufnehmen:</p> <p>Landesamt für Soziales und Versorgung Gabriele Jaron Lipezker Str. 5, Haus 5 03048 Cottbus</p> <p>Telefon: 0355 2893-133 E-Mail: <a href="mailto:datenschutz@lasv.brandenburg.de">datenschutz@lasv.brandenburg.de</a></p> <p>Ihre personenbezogenen Daten sind für folgenden <b>Zweck</b> erforderlich: Erfüllung der Aufgaben des Integrationsamtes nach § 185 SGB IX zur Durchführung der besonderen Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben.</p> <p>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.</p> <p><b>Ihre Angaben sind freiwillig.</b> Wenn Sie keine Angaben oder keine vollständigen Angaben machen, können wir Ihren Antrag aber möglicherweise nicht richtig bearbeiten.</p> <p>Wir geben Ihre personenbezogenen Daten an Dritte weiter, wenn Sie hierzu eingewilligt haben oder eine gesetzliche Vorschrift eine <b>Datenübermittlung</b> ausdrücklich vorsieht.</p>	<p><b>Ihre Daten verarbeiten wir nur solange sie für den vorgenannten Zweck</b> einschließlich etwaiger Rechtsbehelfsverfahren und kostenrechtlicher Abwicklung, zur Wahrnehmung der Dienst- und Fachaufsicht sowie zur Bearbeitung von Eingaben, Auskunftsersuchen und Beschwerden, <b>erforderlich sind</b> und darüber hinaus gemäß den gesetzlichen Nachweis- und Aufbewahrungsfristen.</p> <p>Nach der EU-DSGVO haben Sie <b>folgende Rechte</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sie können von uns <b>Auskunft</b> über Ihre Daten verlangen, die wir gespeichert haben.</li><li>• Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu <b>berichtigen</b>, wenn sie unrichtig sind.</li><li>• Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu <b>vervollständigen</b>, wenn sie unvollständig sind.</li><li>• Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu <b>löschen</b>, wenn wir sie nicht mehr benötigen. Dies könnte insbesondere dann der Fall sein, wenn Sie Ihren Antrag zurücknehmen oder der Verarbeitung Ihrer Daten widersprechen.</li><li>• Sie können von uns verlangen, die Verarbeitung Ihrer Daten <b>einzuschränken</b>. 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.</li><li>• Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zur Übertragbarkeit <b>bereitzustellen</b>.</li><li>• Sie können Ihre Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit <b>widerrufen</b>. Der Widerruf gilt aber nicht rückwirkend. Er macht die vor dem Widerruf stattgefundene Verarbeitung Ihrer Daten nicht rechtswidrig.</li><li>• Sie können der Verarbeitung Ihrer Daten durch uns und der Übermittlung an Dritte jederzeit <b>widersprechen</b>.</li></ul> <p>Bei <b>Fragen oder Beschwerden</b> können Sie sich auch an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden:</p> <p>Die Landesbeauftragte für den Datenschutz und für das Recht auf Akteneinsicht Brandenburg</p> <p>Dagmar Hartge Stahnsdorfer Damm 77 14532 Kleinmachnow Telefon: 033203 356-0 Telefax: 033203 356-49 E-Mail: <a href="mailto:poststelle@lda.brandenburg.de">poststelle@lda.brandenburg.de</a> Internet: <a href="http://www lda.brandenburg.de">www lda.brandenburg.de</a></p>
---	---