

Eingangsdatum:

Antragsdatum:

GZ.:

## **Antrag des Arbeitgebers**

auf Gewährung von Leistungen nach- § 185 SGB IX Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch  
– i. V. m. § 26 b) Schwerbehinderten – Ausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV)

## **Prämien und Zuschüsse zu den Kosten der Berufsausbildung behinderter Jugendlicher und junger Erwachsener**

### **Allgemeine Angaben des Antragstellers**

Falls Zweigbetrieb bitte auch Hauptsitz angeben

---

Arbeitgeber/in:

---

Betriebsnummer:

von der Agentur vergebene Nummer

---

Anschrift Zweigbetrieb:

(nur ausfüllen, wenn der behinderte Mensch im Zweigbetrieb beschäftigt wird bzw. werden soll)

---

Branche:

---

Landkreis:

---

**Name der verantwortlichen Person**

(Name, Vorname, Telefonnummer, E-Mail von Geschäftsführer/in, Vorstandsvorsitzende/r, o.ä.)

---

**Schwerbehindertenvertrauensperson**

(Name, Vorname, Telefonnummer, E-Mail)

---

**Vorsitzender des Betriebs-/ Personalrates:**

(Name, Vorname, Telefonnummer, E-Mail)

---

**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)

---

**Angaben zur Person des auszubildenden schwerbehinderten Jugendlichen / jungen Erwachsenen**

---

Name, Vorname:

---

Geburtsdatum:

---

Anschrift:

---

Ausbildungsbeginn: (Ausbildungsvertrag in Kopie beifügen)

---

Voraussichtliches Ausbildungsende:

Nach § 151 Abs. 4 SGB IX für die Zeit der Ausbildung durch die Agentur für Arbeit  
gleichgestellt:

(Kopien vorhandener Bescheide beifügen)

Ein entsprechender Bescheid liegt vor:                   Ja                   Nein

Gleichstellung ist beantragt:                   Ja                   Nein

---

### **Aufstellung zu den Kosten der Ausbildung**

z.B. Personalkosten der Ausbilder, Lehr- und Lernmittel bzw. -medien, Gebühren der Kammern, Berufs- und Schutzkleidung, externe Ausbildung, Ausbildungsverwaltung)  
(ggf. gesondertes Blatt verwenden)

---

**Aufstellung zu den Gebühren, insbesondere Prüfungsgebühren der Berufsausbildung**

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.

Ich bin damit einverstanden, dass das Integrationsamt den o. g. schwerbehinderten Menschen von diesem Antrag informiert und 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 (Mindestlohngegesetz) vorschreibt bzw. dem was zukünftig auf der Grundlage des Mindestlohngegesetzes durch die Mindestlohnkommission festgelegt wird.

---

Ort, Datum

---

Stempel und Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin:

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

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, Auskunftsersuchen 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 **berichtigten**, 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 stattgefundene 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 lda.brandenburg.de](http://www lda.brandenburg.de)