

Eingangsdatum:

Antragsdatum:

GZ.:

**Landesförderprogramm
PERSPEKTIVE INKLUSIVER ARBEITSMARKT 2.0 (PiA 2.0)**

**Antrag des Arbeitgebers nach Teil A Artikel 1 – Schaffung
Ausbildungsplatz**

Hiermit beantragen wir...

**die Gewährung von gestaffelten Prämien für die Schaffung eines
Ausbildungsplatzes**

**einen Zuschuss für eine rehabilitationspädagogische Zusatzqualifikation
(ReZa)**

einen Zuschuss für ein Fahrrad/E-Bike oder einen Fahrdienst

einen Zuschuss für die Öffentlichkeitsarbeit

Wie sind Sie auf das Landesförderprogramm PiA 2.0 aufmerksam geworden?

Internetseite des LASV

Einheitlichen Ansprechstellen für Arbeitgeber (EAA)

Pressemitteilung(en)

Integrationsfachdienst (IFD)

andere Leistungs-/Rehabilitationsträger

Inklusionsberater der Kammern

Sonstige: _____

Allgemeine Angaben des Antragstellers

Falls Zweigbetrieb bitte auch Hauptsitz angeben

Arbeitgeber/in:

Anschrift Hauptbetrieb:

Anschrift Zweigbetrieb*:

Betriebsnummer der Agentur für Arbeit (Hauptbetrieb und ggf. Zweigbetrieb):

Name der verantwortlichen Person / Ansprechpartner:

Telefon des Ansprechpartners:

E-Mail des Ansprechpartners:

Kontoinhaber / Kontoinhaberin:

IBAN:

Angaben zur Beschäftigungspflicht

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

(mindestens 18 Stunden wöchentlich)

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

Ergänzungen z.B. Mehrfachanrechnungen durch die Agentur für Arbeit

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

Angaben zum schwerbehinderten bzw. gleichgestellten Menschen

Name, Vorname

Geburtsdatum:

Anschrift:

E-Mail und/oder Telefonnummer:

Grad der Behinderung (Schwerbehindertenausweis oder Gleichstellungsbescheid in Kopie beifügen)

Angaben zur Ausbildung

Ausbildungsberuf

Ausbildungsbeginn

Voraussichtliches Ausbildungsende

Der schwerbehinderte auszubildende Mensch hat schon eine Berufsausbildung abgeschlossen?

Ja

Nein

Welche?

(Bitte entsprechenden Nachweis beifügen)

Bitte zutreffendes ankreuzen

Es handelt sich um eine Ausbildung nach § 66 BBiG bzw. § 42r HwO

die Ausbildung findet im Anschluss an eine berufliche Bildungsmaßnahme (§ 57 SGB IX) oder einer Beschäftigung im Arbeitsbereich (§ 58 SGB IX) einer Werkstatt für behinderte Menschen/eines anderen Leistungsanbieters statt

Es handelt sich um einen Wechsel von einer betrieblichen Ausbildung in einem anerkannten Beruf nach § 66 BBiG oder nach § 42r (HwO in eine reguläre betriebliche Berufsausbildung im jeweilig vollwertigen Referenzberuf nach § 4 BBiG oder nach § 25 HwO während der Ausbildung („**Durchstieg in den Vollberuf**“)

Es handelt sich um einen Wechsel von einer betrieblichen Ausbildung in einem anerkannten Beruf nach § 66 BBiG oder nach § 42r HwO in eine reguläre betriebliche Berufsausbildung im jeweilig vollwertigen Referenzberuf nach § 4 BBiG oder nach § 25 HwO im Anschluss an eine erfolgreich absolvierte theoriereduzierte Erstausbildung („**Anschlussausbildung im Vollberuf**“)

die Ausbildung wird mit einem Budget für Ausbildung nach § 61a SGB IX absolviert

Zuschuss – rehabilitationspädagogische Zusatzqualifikation (ReZa)

Eine rehabilitationspädagogische Zusatzqualifizierung ist für einen Ausbildenden vorgesehen.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Ausbildungsbeginn

voraussichtliches Ausbildungsende

voraussichtliche Kosten

Initiativen zur Förderung der Mobilität

(nur für bei Erfüllung der Beschäftigungspflicht im Sinne des § 154 Abs. 1 SGB IX oder Inklusionsbetriebe nach § 215 SGB IX)

Um zu gewährleisten, dass der / die Auszubildende den Ausbildungsplatz erreichen kann, hat der Betrieb eine entsprechende Mobilitätsinitiative geschaffen:

Erwerb oder Leasing eines Fahrrades oder E-Bikes

Beauftragung eines externen Fahrdienstes (wenn es auf den Strecken, die durch den Fahrdienst überbrückt werden, keinen ÖPNV gibt oder der ÖPNV nicht zu den regulären Arbeitszeiten des Betriebes oder der Dienststelle fährt)

Jährliche Kosten der Maßnahme (entsprechende Kostenvoranschläge sind dem Antrag beizufügen)

Gesamtkosten der Maßnahme (entsprechende Kostenvoranschläge sind dem Antrag beizufügen)

Erhalten Sie oder der schwerbehinderte Mensch bereits Mobilitätszuschüsse andere Leistungsträger?

Ja Nein

Welche? _____
(Bitte entsprechenden Nachweis beifügen)

Förderung der Öffentlichkeitsarbeit (ggf. Beispiele nennen)

(nur für bei Erfüllung der Beschäftigungspflicht im Sinne des § 154 Abs. 1 SGB IX oder Inklusionsbetriebe nach § 215 SGB IX)

Beschreibung der geplanten Maßnahme (ggf. Beiblatt nutzen)

Gesamtkosten der Maßnahme

Ich versichere, die vorstehenden Angaben richtig, vollständig und nach bestem Wissen gemacht zu haben.

Ich bestätige, dass der / die Beschäftigte über die Antragstellung informiert wurde und bin damit einverstanden, dass das Integrationsamt von ihm / ihr erforderliche Auskünfte und Unterlagen abfordert. Ihm / Ihr wurde das beiliegende Hinweisblatt für Arbeitnehmer ausgehändigt.

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

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

<p>Sie werden im Folgenden entsprechend den gesetzlichen Vorschriften gemäß Art. 13 und 14 der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) informiert:</p> <p>Verantwortlich 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: post@lasv.brandenburg.de Internet: www.lasv.brandenburg.de</p> <p>Das Landesamt wird vertreten durch die Präsidentin Frau Christina Schröter.</p> <p>Mit der Datenschutzbeauftragten 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: datenschutz@lasv.brandenburg.de</p> <p>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.</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>Ihre Angaben sind freiwillig. 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 Datenübermittlung ausdrücklich vorsieht.</p>	<p>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.</p> <p>Nach der EU-DSGVO haben Sie folgende Rechte:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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. <p>Bei Fragen oder Beschwerden 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: poststelle@lda.brandenburg.de Internet: www lda.brandenburg.de</p>
---	--