

Eingangsdatum:

Antragsdatum:

GZ.:

Landesförderprogramm

PERSPEKTIVE INKLUSIVER ARBEITSMARKT 2.0 (PiA 2.0)

Antrag des Arbeitgebers nach Teil A Artikel 2 – Schaffung eines (neuen) Arbeitsplatz

Hiermit beantragen wir die Gewährung von Prämien für die Schaffung...

eines neuen Arbeitsplatzes für einen Berufsstarter *oder*

eines neuen Arbeitsplatzes für einen arbeitslosen / arbeitssuchenden Menschen *oder*

eines Arbeitsplatzes für Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf

Wie sind Sie auf das Landesförderprogramm PiA 2.0 aufmerksam geworden?

Internetseite des LASV

Einheitlichen Ansprechstellen für Arbeitgeber (EAA)

Integrationsfachdienst (IFD)

Pressemitteilung(en)

Inklusionsberater der Kammern

andere Leistungs-/Rehabilitationsträger

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:

Kontoverbindung / 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:

Angaben zum schwerbehinderten bzw. gleichgestellten Menschen

Name, Vorname:

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

Geburtsdatum:

Anschrift:

E-Mail und/oder Telefonnummer:

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

Der schwerbehinderte Arbeitnehmer / die schwerbehinderte Arbeitnehmerin bezieht:

eine Berufsunfähigkeitsrente: Ja Nein

eine Erwerbsminderungsrente: Ja Nein

eine andere Rente: Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

(ggf. entsprechende Rentenbescheide in Kopie beifügen)

Bitte zutreffendes ankreuzen

**Es handelt sich um einen Arbeitsplatz für eine Berufsstarterin / einen
Berufsstarter:**

Ausbildungsabschluss (Datum):

Ausbildungsberuf (Nachweis beifügen):

Es handelt sich um einen arbeitslosen oder arbeitssuchenden Menschen:

arbeitslos / arbeitssuchend seit (bitte entsprechenden Nachweis beifügen):

Es handelt sich um einen schwerbehinderten Menschen, die einer besonderen Unterstützung bedürfen:

Es erfolgt eine Übernahme im Anschluss an eine individuelle betriebliche Qualifizierungsmaßnahme im Rahmen der Unterstützten Beschäftigung (§ 55 SGB IX)

Es erfolgt eine Übernahme im Anschluss an eine Beschäftigung (§ 58 SGB IX) oder berufliche Bildungsmaßnahme (§ 57 SGB IX) einer Werkstatt für behinderte Menschen oder eines anderen Leistungsanbieters

Budget für Arbeit (§ 61 SGB IX) wurde beantragt/bewilligt

Angaben zur Beschäftigung / zum Arbeitsplatz

Beim Antragsteller beschäftigt ab (Arbeitsvertrag / Vorvertrag in Kopie beifügen):

Tätigkeit:

Monatliches Arbeitnehmerentgelt (Brutto) in €:

Wöchentliche Arbeitszeit in Stunden:

Vollzeitbeschäftigung

Teilzeitbeschäftigung

Teilzeit behinderungsbedingt erforderlich:

Ja

Nein

Dieser Arbeitsplatz wird zum ersten Mal mit einem schwerbehinderten Menschen besetzt:

Ja

Nein

Auf diesem Arbeitsplatz wurde im Jahr _____ zuletzt ein schwerbehinderter Mensch beschäftigt.

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

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

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 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
Internet: www.la.brandenburg.de