

| |
|-----------------------|
| Gz.: |
| Eingangsdatum: |
| Antragsdatum: |

Antrag

auf Gewährung von Arbeitsassistenz - § 185 Abs. 5 - Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch (SGB IX) -Schwerbehindertenrecht-

Hinweis

- Das Zutreffende bitte ankreuzen oder ausfüllen
- Sofern der vorgesehene Platz nicht ausreicht, bitte ein gesondertes Blatt verwenden.

Erstantrag Folgeantrag, letztes Aktenzeichen:

Antragsteller/Assistenznehmer:

| | | | |
|--|--|--------------------------------------|--|
| Name, Vorname | | Geburtsdatum | |
| Anschrift | | Tagsüber, telefonisch erreichbar | |
| e-mail | | | |
| Erlerner Beruf | | <input type="checkbox"/> selbständig | |
| Beschäftigt seit, als und bei (bitte Anschrift des Arbeitgebers angeben und Kopie des Arbeitsvertrages beifügen) | | | |
| Wöchentliche Arbeitszeit | | Ort des Arbeitsplatzes | |
| Ich bin vorsteuerabzugsberechtigt <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | | | |
| IBAN | | BIC | |

1. Angaben zur Behinderung

| | | |
|--|--|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> schwerbehinderter Mensch anerkannt vom Versorgungsamt | Grad der Behinderung ____ v.H. Aktenzeichen der Anerkennung _____ | Datum der Anerkennung _____ |
| <input type="checkbox"/> gleichgestellter behinderter Mensch, anerkannt von der Agentur für Arbeit | Grad der Behinderung ____ v.H. Aktenzeichen der Anerkennung _____ | Datum der Anerkennung _____ |
| <input type="checkbox"/> Ich habe am _____ beim Versorgungsamt _____ einen Antrag auf Feststellung der Behinderung gestellt. | | |
| <input type="checkbox"/> Ich habe am _____ bei der Agentur für Arbeit _____ einen Antrag auf Gleichstellung mit einem schwerbehinderten Menschen gestellt. | | |

2. Ursache der Behinderung

- | | | |
|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> angeboren | <input type="checkbox"/> Wehrdienstbeschädigung | <input type="checkbox"/> Berufskrankheit |
| <input type="checkbox"/> Impfschaden | <input type="checkbox"/> Gewalttat | <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall |
| <input type="checkbox"/> Krankheit | <input type="checkbox"/> Unfall | |

3. Ansprüche gegen Dritte wegen der vorliegenden Behinderung bestehen

- ja, gegen _____
 nein

4. Pflegestufe _____

5.1. Ich bin rentenversichert bei

- Deutsche Rentenversicherung Bund
 Deutsche Rentenversicherung Brandenburg
 sonstige; Name: _____
Vers.-Nr.: _____
 Ich bin nicht rentenversichert.

6. Ich bin krankenversichert bei: _____

7. Ich beziehe zurzeit eine Rente

- ja genaue Bezeichnung angeben: _____
 nein

8. Ich habe Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei meinem Rehabilitationsträger beantragt.

- Nein
 Ja, welche

9. Ich habe Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben von meinem Rehabilitationsträger erhalten.

- Nein
 Ja, welche

Ich beantrage die Übernahme der Kosten für eine Arbeitsassistenz.

Die ausführliche Begründung des Antrages bitte auf einem gesonderten Blatt beifügen.

- Arbeitgeber- Modell * Dienstleistungsmodell

Umfang der Arbeitsassistenz: _____ Stunden / Monat

Kosten: _____ EUR/ Monat

Bitte fügen Sie die entsprechenden Verträge bei.

* bitte auch die beiliegende Anlage „Angaben zur Assistenzkraft“ ausfüllen und eine Tätigkeitsbeschreibung beifügen

Ich versichere, die Angaben in diesem Antrag vollständig und richtig gemacht zu haben. Nicht ausgefüllte oder durchgestrichene Rubriken gelten als Verneinung. Ich bin mir bewusst, dass die erhaltenen Leistungen von mir sofort zurückzuzahlen sind, falls deren Gewährung aufgrund falscher oder unvollständiger Angaben erfolgte.

Ich bin darüber unterrichtet, dass die von mir erbetenen Angaben zur Erfüllung der Aufgaben des Integrationsamtes erforderlich sind und zum Teil karteimäßig erfasst oder maschinell gespeichert und verarbeitet werden (Bundesdatenschutzgesetz vom 27.01.1977 - BGBl. I S.201). Die Erhebung der personenbezogenen Daten erfolgt auf der Grundlage der §§ 35 SGB I, 67 ff. SGB X.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Antragstellers(in)

Angaben zur Assistenzkraft* :

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Erlerner Beruf und in den letzten zehn Jahren überwiegend ausgeübte Tätigkeit:

Wöchentliche Arbeitszeit:

Rentenversichert bei: Deutsche Rentenversicherung Brandenburg

Deutsche Rentenversicherung Bund

Sonstige _____

Krankenversichert bei: _____

Beiträge für die Berufsgenossenschaft werden abgeführt an: _____

Es entstehen Kosten für ein Steuerbüro in monatlicher Höhe von: _____ €

Sonstige im Zusammenhang mit der Tätigkeit der Assistenzkraft entstehende Kosten (Dienstreisekosten etc.) monatlich in Höhe von: _____ €

Meine Assistenzkraft ist vorsteuerabzugsberechtigt: Ja Nein

* - Folgeanträgen bitte vollständige Angaben
- bei Erstantrag soweit bekannt ausfüllen