

<b>GZ.:41-P-L-</b>
<b>Eingangsdatum:</b>
<b>Antragsdatum:</b>

**Antrag**

auf Gewährung von Leistungen nach Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX)

-Schwerbehindertenrecht -

§ 185 Abs.3 Nr. 1 a) SGB IX i. V. m. § 19 Schwerbehinderten - Ausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV)

**Technische Arbeitshilfen**

**Antragsteller:**

Name, Vorname		Geburtsdatum
Anschrift		Tagsüber, telefonisch erreichbar:
Erlerner Beruf und jetzige Tätigkeit		
Beschäftigt seit, als und bei (bitte Anschrift des Arbeitgebers angeben und Kopie des Arbeitsvertrages beifügen)		
Wöchentliche Arbeitszeit		
Monatliches Netto - Einkommen: (§ 18 Abs.2 Satz 2 SchwbAV)		Staatsangehörigkeit

**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 des Feststellungsbescheides des Versorgungsamtes beifügen)

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

**2. Ursache der Behinderung**

angeboren

Wehrdienstbeschädigung

Berufskrankheit

Impfschaden

Gewalttat

Arbeitsunfall

Krankheit

Unfall

**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: \_\_\_\_\_

(Bitte Kopie des Bescheides beifügen)

5. Ich habe einen 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: \_\_\_\_\_

Vers.-Nr.:

7. Ich bin krankenversichert bei:

Versicherungsnummer:

Telefonnummer der Krankenkasse:

8. Ich beziehe eine Rente

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

\_\_\_\_\_

nein

**Ich beantrage die Gewährung von Leistungen nach dem Schwerbehindertenrecht für die Beschaffung von folgenden Gegenständen, Geräten oder Hilfsmitteln:**

\_\_\_\_\_

**Ausführliche Begründung des Antrages:**

Bitte auf gesondertem Blatt vornehmen!

Das Vorhaben erfordert gemäß beigefügtem Kostenvoranschlägen einen Gesamtaufwand von \_\_\_\_\_ €  
(3 Kostenvoranschläge einholen, wenn nur 1 Kostenvoranschlag vorliegt ist eine Begründung erforderlich).

Die beantragte Hilfe soll auf mein Konto überwiesen werden:

IBAN:

BIC:

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)