

GZ.:
Eingangsdatum:
Antragsdatum:

Antrag

auf Gewährung von **Hilfen zur Gründung und Erhaltung einer selbständigen beruflichen Existenz**
 § 185 Abs. 3 Nr. 1 c) Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch (SGB IX)-Schwerbehindertenrecht - in Verbindung
 mit § 21 Schwerbehinderten – Ausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV)

Hinweis

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

Antragsteller:

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Anschrift		Tagsüber, telefonisch erreichbar:	
Erlerner Beruf und jetzige Tätigkeit			
Name und Gegenstand der Firma:			
Termin Existenzgründung:		Firmensitz/Ort der wirtschaftlichen Existenz	
IBAN		BIC	
Unterhaltsverpflichtungen		Staatsangehörigkeit	

Bitte beachten!

Ohne die Angaben zu den Ziffern 1 bis 8 ist die Bearbeitung des Antrages nicht möglich.

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.		

- * - Folgeanträgen bitte vollständige Angaben
- bei Erstantrag so weit bekannt ausfüllen

2. Ursache der Behinderung

angeboren

Impfschaden

Krankheit

Wehrdienstbeschädigung

Gewalttat

Unfall

Berufskrankheit

Arbeitsunfall

3. Ansprüche gegen Dritte wegen der vorliegenden Behinderung bestehen

ja, gegen _____

nein

4. Pflegestufe _____

5. Ich habe einen Antrag bei einem anderen Träger gestellt

nein

ja, am _____ bei :

6. Ich bin rentenversichert bei

Deutsche Rentenversicherung Bund

Deutsche Rentenversicherung Brandenburg

sonstige; Name: _____

Vers.-Nr.:

7. Ich bin krankenversichert bei: _____

8. Ich beziehe zur Zeit eine Rente

ja (Rentenbescheid beifügen)

nein

Ausführliche Begründung der Antragstellung bitte auf einem gesonderten Blatt vornehmen.

Für den Fall, dass ein Darlehen in Betracht kommt, bin ich bereit, dieses mit monatlich ____€ zu tilgen.
Sicherungsvorschlag für das Darlehen:

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)