

GZ.:
Eingangsdatum:
Antragsdatum:

Antrag

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

-Schwerbehindertenrecht- gemäß §§ 55 Abs. 3, 185 Abs. 4 SGB IX i. V. m. § 17, 1 b) Schwerbehinderten - Ausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV)

Leistungen zur Berufsbegleitung, Unterstützte Beschäftigung

Angaben zur Person des schwerbehinderten Menschen /Antragsteller:

Name, Vorname		Geburtsdatum
Anschrift		Tagsüber, telefonisch erreichbar:
Erlerner Beruf und jetzige Tätigkeit		
Beschäftigt seit, bzw. geplante Einstellung zum, 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
Konto-Nr./ IBAN.	Bankleitzahl / BIC	Geldinstitut

Bitte beachten!

Ohne die Angaben zu den nachfolgenden Ziffern 1 bis 4 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. Haben Sie bereits Leistungen der Unterstützten Beschäftigung in Anspruch genommen?

nein

ja, vom _____ bis _____

Ausführender Träger (Name, Adresse, Tel., Ansprechpartner) :

Bitte fügen Sie den Teilhabeplan/ die Stellungnahme des Trägers über die erbrachte Leistung (Art und Umfang des geleisteten Unterstützungsbedarfes) sowie die Einschätzung hinsichtlich des zukünftigen Bedarfes bei.

3. Ausführliche Begründung des Antrages durch den Antragsteller bzw. Teilhabeplan/ Stellungnahme des Trägers der vorangegangenen Unterstützungsmaßnahme (Art und Umfang des zu erwartenden Unterstützungsbedarfes).

a) In welchen Bereichen benötigen Sie bei der Ausübung ihrer Tätigkeit im Betrieb Unterstützung?

b) Welche Form der Unterstützung benötigen Sie?

c) Wie hoch schätzen Sie den zeitlichen Umfang (Wochenstunden) der Unterstützung ein?

4. Der Arbeitgeber befürwortet die beantragte Leistung.

- ja,
 nein

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.

Ich bin damit einverstanden, dass der Integrationsfachdienst im Rahmen der Antragsprüfung durch das Integrationsamt beauftragt wird.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Antragstellers(in) bzw.
Gesetzlicher Vertreter