

Eingangsdatum:

Antragsdatum:

GZ:

Antrag des Arbeitgebers

auf Gewährung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch (SGB IX) - Schwerbehinder-
tenrecht - § 185 SGB IX i.V.m. § 15 Schwerbehinderten – Ausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV) zur
Schaffung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen für schwerbehinderte Menschen

Allgemeine Angaben des Antragstellers

- Falls Zweigbetrieb bitte auch Hauptsitz angeben -

Arbeitgeber:	Betriebsnummer: - von der Agentur vergebene Nummer - unbedingt angeben
Name der verantwortlichen Person: (Geschäftsführer, Vorstandsvorsitzender, o.ä.)	Telefon des Ansprechpartners:
Anschrift Zweigbetrieb*:	E-Mail:
Schwerbehindertenvertrauensperson: (Name, Vorname, Telefonnr.)	Kreis:
Vorsitzender des Betriebs-/Personalrates: (Name, Vorname, Telefonnr.)	Branche:
Anzahl der Beschäftigungsverhältnisse (mind. 18 Stunden wöchentlich) im Gesamtunternehmen § 156 SGB IX (aktueller Stand):	
- davon schwerbehinderte Menschen/behinderte Menschen, die nach § 151 (3) SGB IX gleichgestellt sind:	
Ergänzungen z.B. Mehrfachanrechnungen durch die Agentur für Arbeit	

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

Bisher wurden von uns Aufwendungen für die behindertengerechte Ausstattung von Arbeitsplätzen u.ä. in Höhe
von ca. _____ € erbracht, für _____

An diesen Kosten haben sich beteiligt:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Agentur für Arbeit | <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung Brandenburg |
| <input type="checkbox"/> Berufsgenossenschaft | <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung Bund |

Welche sonstigen Maßnahmen wurden zugunsten der schwerbehinderten Menschen erbracht?

Angaben zur Person des auf dem Arbeitsplatz zu beschäftigenden bzw. beschäftigten schwerbehinderten Arbeitnehmers

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Anschrift:	
Beim Antragsteller beschäftigt ab: <small>(Arbeitsvertrag / Vorvertrag in Kopie beifügen)</small>	wöchentliche Arbeitszeit:
Grad der Behinderung: <small>(Schwerbehindertenausweis oder Gleichstellungsbescheid in Kopie beifügen)</small>	
Eine Mehrfachanrechnung wurde durch die Agentur für Arbeit zuerkannt: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> Ist beantragt	
Die Behinderung beruht auf einem Arbeitsunfall: <input type="checkbox"/> JA, Anschrift der Berufsgenossenschaft: <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> Nicht bekannt	
Der schwerbehinderte Arbeitnehmer/die schwerbehinderte Arbeitnehmerin bezieht eine Berufsunfähigkeitsrente: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> Nicht bekannt eine Erwerbsminderungsrente: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> Nicht bekannt Wenn ja, welche: eine andere Rente: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> Nicht bekannt Wenn ja, welche:	
Anschrift und Versicherungsnummer des Rentenversicherungsträgers:	
Berufe/besondere Fachkenntnisse des schwerbehinderten Arbeitnehmers:	
Jetzige/künftige Tätigkeit des schwerbehinderten Arbeitnehmers:	
Arbeitslos seit:	

Angaben zur Maßnahme

Beschreibung bzw. Bezeichnung der Maßnahme(n)*	Kosten in EUR / inkl. MwSt
Gesamtkosten	

* ggf. gesondertes Blatt verwenden

- 3 Kostenvoranschläge liegen bei.
- Die Kostenvoranschläge werden nachgereicht.
- Beratung vor Ort mit dem Sachbearbeiter/Beratenden Ingenieur des Integrationsamtes erforderlich.

Sind behinderungsbedingte Aufwendungen erforderlich? JA NEIN

Finanzierungsplan

Eigenmittel (§ 164 SGB IX i. V. m. § 15 Abs.2 SchwbAV)	
Fremdmittel	
darunter Bankkredit	
andere Fördermittel	

Besteht Vorsteuerabzugsberechtigung nach § 15 UStG? JA NEIN

Wurde bei einer anderen Stelle ein gleichlautender Antrag gestellt? JA NEIN

Die beantragte Leistung soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

IBAN:

BIC:

Ich versichere, die vorstehenden Angaben richtig, vollständig und nach bestem Wissen gemacht zu haben. Nicht ausgefüllte oder durchgestrichene Rubriken gelten als Verneinung.

Ich bin damit einverstanden, dass das Integrationsamt den o.g. schwerbehinderten Menschen von diesem Antrag informiert und ggf. von ihm erforderliche Auskünfte und Unterlagen abfordert.

Ich bin darüber unterrichtet, dass die personenbezogenen Daten zur Erfüllung der Aufgaben des Integrationsamtes erforderlich sind und gespeichert und verarbeitet werden. Die Erhebung dieser Daten erfolgt auf der Grundlage der §§ 35 SGB I, 67 ff. SGB X. Beachten Sie dazu das anliegende Hinweisblatt zum Datenschutz.

Ich bestätige, dass der / die Beschäftigte über die Antragstellung informiert wurde. Ihm / Ihr wurde das beiliegende Hinweisblatt für Arbeitnehmer ausgehändigt.

Ich versichere, stets einen Lohn mindestens in der Höhe zu zahlen, die das Gesetz zur Regelung eines allgemeinen Mindestlohnes (Mindestlohngesetz) vorschreibt bzw. die zukünftig auf der Grundlage des Mindestlohngesetzes durch die Mindestlohnkommission festgelegt wird.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Antragstellers

Information des Landesamtes für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg zum Datenschutz

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
Telefax: 0331 27548-4523
E-Mail: post@lasv.brandenburg.de
Internet: www.lasv.brandenburg.de

Das Landesamt wird vertreten durch die Präsidentin Frau Liane Klocek.

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: datenschutzbeauftragter@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 stattgefundenene 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.lda.brandenburg.de