

Gz.:

Eingangsdatum:

Antragsdatum:

## Antrag des Arbeitgebers

auf Gewährung von Leistungen gemäß dem Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch (SGB IX) - Schwerbehindertenrecht - § 185 Abs.3 Nr. 2 a) SGB IX i. V. m. § 26 Schwerbehinderten – Ausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV)

### zur behinderungsgerechten Einrichtung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen für schwerbehinderte Menschen

#### Allgemeine Angaben des Antragstellers

- Falls Zweigbetrieb bitte auch Hauptsitz angeben -

Arbeitgeber	<b>Betriebsnummer:</b> - von der Agentur für Arbeit vergebene Nummer- unbedingt angeben
Name der verantwortlichen Person (Geschäftsführer, Vorstandsvorsitzender, o.ä.)	Telefon des Ansprechpartners:
Anschrift Zweigbetrieb:*	E-Mail:
Schwerbehindertenvertretung: Name, Telefon	Kreis:
Vorsitzender des Betriebs-/Personalrates: Name, Telefon	
<b>Anzahl der Beschäftigungsverhältnisse</b> (mind. 18 Stunden wöchentlich, ohne Ausbildungsplätze, ohne Rechtsreferendare) im <b>Gesamtunternehmen</b> (aktueller Stand)	
- davon schwerbehinderte Menschen/ gleichgestellte schwerbehinderte Menschen	
Ergänzungen z.B. Mehrfachanrechnungen durch die Agentur für Arbeit	

\* nur ausfüllen, wenn der Behinderte 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:

Agentur für Arbeit   
Berufsgenossenschaft

Deutsche Rentenversicherung Bund:

Deutsche Rentenversicherung Brandenburg

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 seit: (Arbeitsvertrag in Kopie beifügen)	wöchentliche Arbeitszeit:
Grad der Behinderung: (Ausweis oder Gleichstellungsbescheid in Kopie beifügen)	
Eine Mehrfachanrechnung wurde durch die Agentur für Arbeit zuerkannt: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ist beantragt <input type="checkbox"/>	
Die Behinderung beruht auf einem Arbeitsunfall: Ja <input type="checkbox"/> ,Anschrift der Berufsgenossenschaft: Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt <input type="checkbox"/>	
Der schwerbehinderte Arbeitnehmer /die schwerbehinderte Arbeitnehmerin bezieht eine Berufsunfähigkeitsrente: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt <input type="checkbox"/> eine Erwerbsminderungsrente Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt <input type="checkbox"/> , wenn ja welche: eine andere Rente Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt <input type="checkbox"/> , wenn ja welche:	
Anschrift und Versicherungsnummer des Rentenversicherungsträgers:	
Berufe/Besondere Fachkenntnisse des schwerbehinderten Arbeitnehmers:	
Jetzige Tätigkeit des schwerbehinderten Arbeitnehmers:	

**Angaben zur Maßnahme und Begründung (ggf. gesondertes Blatt verwenden)**

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

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

Aufgrund unserer Verpflichtung aus § 164 SGB IX i. V. m. § 18 Abs. 1 und § 26 Abs.3 SchwbAV sind wir bereit, uns an den oben genannten Gesamtkosten mit einem Betrag von \_\_\_\_\_ € zu beteiligen.

Besteht Vorsteuerabzugsberechtigung gemäß § 15 UStG?

- ja  nein, Nachweis beifügen (entfällt bei öffentlichen Arbeitgebern)

Wurde bei einer anderen Stelle ein gleichlautender Antrag gestellt?

- ja  nein

Die beantragte Hilfe 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 verpflichte mich, jede Änderung in meinen wirtschaftlichen Verhältnissen unverzüglich mitzuteilen.  
Ich erkläre, dass mit der beantragten Maßnahme noch nicht begonnen wurde (andernfalls Begründung).

Ich bin darüber unterrichtet, dass die personenbezogenen Daten zur Erfüllung der Aufgaben des Integrations-amtes 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.).

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Antragstellers