

Eingangsdatum:

Antragsdatum:

GZ:

## Antrag des Arbeitgebers

auf Gewährung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch (SGB IX) - Schwerbehinder-  
tenrecht– § 185 Abs. 3 Nr. 2 e) SGB IX i. V. m. § 27 Schwerbehinderten – Ausgleichsabgabeverordnung  
(SchwbAV) bei außergewöhnlichen Belastungen

### Allgemeine Angaben des Antragstellers

- Falls Zweigbetrieb bitte auch Hauptsitz angeben -

Arbeitgeber:	<b>Betriebsnummer:</b> - von der Agentur vergebene Nummer -  unbedingt angeben
Name der verantwortlichen Person: (Geschäftsführer, Vorstandsvorsitzender, o.ä.)  E-Mail:	Telefon des Ansprechpartners:
Anschrift Zweigbetrieb*:	Kreis:
Schwerbehindertenvertrauensperson: (Name, Vorname, Telefonnr.)	Branche:
Vorsitzender des Betriebs-/Personalrates: (Name, Vorname, Telefonnr.)	
Geltender Tarifvertrag:	
<b>Anzahl der Beschäftigungsverhältnisse</b> (mind. 18 Stunden wöchentlich, ohne Ausbildungsplätze, ohne Rechtsreferendare) im <b>Gesamtunternehmen § 156 SGB IX</b> (aktueller Stand):	
- davon schwerbehinderte Menschen/behinderte Menschen, die gemäß § 2 Abs. 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

Handelt es sich um einen Wiederholungsantrag?  JA  NEIN

Erhalten Sie Lohnkostenzuschüsse vom Rehabilitationsträger?  
(Agentur für Arbeit, Rentenversicherung, Berufsgenossenschaft)  JA  NEIN  
Bescheid in Kopie beifügen

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

## Angaben zur Person des beschäftigten schwerbehinderten Arbeitnehmers

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	
Anschrift:		
Tel. Nr.:		
Beim Antragsteller beschäftigt seit: (Arbeitsvertrag in Kopie beifügen)		wöchentliche Arbeitszeit:
Grad der Behinderung: (Schwerbehindertenausweis oder Gleichstellungsbescheid in Kopie beifügen)		
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 Tätigkeit des schwerbehinderten Arbeitnehmers:		
Die Bezahlung erfolgt: tariflich <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN                                  ortsüblich: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN		
monatliches Arbeitnehmerentgelt (Brutto): (Lohn-/Gehaltsnachweise über die letzten 12 Monate beifügen)		€
Die beantragte Leistung soll auf folgendes Konto überwiesen werden:		
IBAN:		BIC:

Verwendungszweck max. 49 Zeichen (z.B. Personalnummer des Arbeitnehmers): \_\_\_\_\_

**Ausführliche Begründung für das Erfordernis der beantragten Leistung (bitte auf gesondertem Blatt). (Tätigkeitsbeschreibung und Erörterung der konkreten Belastungen, die wegen Art und Schwere der Behinderung zu verzeichnen sind. Darstellung von bereits erfolgten Maßnahmen zur Abwendung seitens des Arbeitgebers.)**

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](mailto:post@lasv.brandenburg.de)  
Internet: [www.lasv.brandenburg.de](http://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](mailto: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 **vollständigen**, 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 **einzschränken**. 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](mailto:poststelle@lda.brandenburg.de)  
Internet: [www.lda.brandenburg.de](http://www.lda.brandenburg.de)