

Eingangsdatum:

Antragsdatum:

GZ:

## Landesförderprogramm

### INKLUSIVE AUSBILDUNG und ARBEIT im Betrieb;

### Modellvorhaben des Integrationsamtes zur Schaffung von Ausbildungs- und Arbeitsplätzen für schwerbehinderte Menschen

# AG

#### Antrag des Arbeitgebers nach Artikel 2

auf Gewährung von Leistungen nach dem Förderprogramm des Integrationsamtes beim Landesamt für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg „INKLUSIVE AUSBILDUNG und ARBEIT im Betrieb“ aus Mitteln der Ausgleichsabgabe für die Neuschaffung eines Arbeitsplatzes alternativ zur Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen gem. §§ 56 ff., 219 ff. SGB IX oder bei einem anderen Leistungsanbieter gem. § 60 SGB IX

#### 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.)	Telefon des Ansprechpartners:
Anschrift Zweigbetrieb*:	Kreis:
Schwerbehindertenvertrauensperson: (Name, Vorname, Telefonnr.)	Branche:
Vorsitzender des Betriebs-/Personalrates: (Name, Vorname, Telefonnr.)	
<b>Anzahl der Beschäftigungsverhältnisse</b> (mind. 18 Stunden wöchentlich) im <b>Gesamtunternehmen</b> § 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

### Angaben zur Person des auf dem Arbeitsplatz zu beschäftigenden schwerbehinderten Arbeitnehmers

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	
Anschrift:		
Hauptwohnsitz:	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Beim Antragsteller beschäftigt ab: (Arbeitsvertrag / Vorvertrag in Kopie beifügen)	wöchentliche Arbeitszeit:	
Die Bezahlung erfolgt tariflich:	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
ortsüblich:	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
monatliches Arbeitnehmerentgelt (Brutto):	€	
Grad der Behinderung: (Schwerbehindertenausweis oder Gleichstellungsbescheid in Kopie beifügen)		
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:		

Jetzige/künftige Tätigkeit des schwerbehinderten Arbeitnehmers:
---

Leistungen zur Förderung der Arbeitsaufnahme werden/wurden beantragt:
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN Am:
Bei: <input type="checkbox"/> der Agentur für Arbeit
<input type="checkbox"/> dem Jobcenter (gemeinsame Einrichtung bzw. zugelassener kommunaler Träger)
<input type="checkbox"/> einem anderen Leistungsträger
welcher:
Art der Leistung:
Die Leistungen wurden: <input type="checkbox"/> bewilligt (Bescheid in Kopie beifügen)
(Zuschuss zur Probebeschäftigung / <input type="checkbox"/> abgelehnt (Bescheid in Kopie beifügen)
Eingliederungszuschuss) <input type="checkbox"/> Bescheid liegt noch nicht vor
Die beantragte Leistung soll auf folgendes Konto überwiesen werden:
IBAN:

Ich versichere, die vorstehenden Angaben richtig, vollständig und nach bestem Wissen gemacht zu haben.

Ich bin damit einverstanden, dass das Integrationsamt den o.g. schwerbehinderten Menschen von diesem Antrag informiert und 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: [datschutzbeauftragter@lasv.brandenburg.de](mailto:datschutzbeauftragter@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 **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 stattgefundene 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.la.brandenburg.de](http://www.la.brandenburg.de)