

# Antrag auf Leistungen an Inklusionsbetriebe für einmalige Leistungen nach der Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV)

Thüringer Landesverwaltungsamt  
Inklusionsamt  
Karl-Liebknecht-Straße 4  
98527 Suhl

Bei Fragen zum Ausfüllen dieses Antrages  
wenden Sie sich bitte an das Inklusionsamt.

## Wichtiger Hinweis:

Finanzielle Leistungen können in der Regel  
nur dann bewilligt werden, wenn ein  
entsprechender Antrag vor Vertragsabschluss  
(Kauf/Bestellung) gestellt wird.

Aktenzeichen \_\_\_\_\_

Sachbearbeiter \_\_\_\_\_

|                          |                                                                        |                          |                                                                     |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Antrag auf Leistungen für den Aufbau eines<br>Inklusionsbetriebes*     | <input type="checkbox"/> | Antrag auf Leistungen zur Erweiterung eines<br>Inklusionsbetriebes* |
| <input type="checkbox"/> | Antrag auf Leistungen zur Modernisierung eines<br>Inklusionsbetriebes* | <input type="checkbox"/> | Antrag auf Leistungen zur Ausstattung des<br>Inklusionsbetriebes*   |
| <input type="checkbox"/> | Antrag auf betriebswirtschaftliche Beratung*                           | <input type="checkbox"/> | sonstiges*                                                          |

\*) zutreffendes bitte ankreuzen; bitte nur eine Leistung je Antrag

## 1. Angaben zum Inklusionsbetrieb

|                                                                                               |                                                                                                                                           |                                    |                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------|
| Name und Anschrift des Inklusionsbetriebes                                                    |                                                                                                                                           | Für Rückfragen steht zur Verfügung | Telefon                                 |
|                                                                                               |                                                                                                                                           | E-Mail-Adresse                     | Fax                                     |
| Betriebsnummer                                                                                | Rechtsform                                                                                                                                |                                    | Wochenarbeitszeit bei Vollbeschäftigung |
| Bankverbindung Geschäftskonto                                                                 |                                                                                                                                           |                                    |                                         |
| IBAN                                                                                          |                                                                                                                                           |                                    |                                         |
| BIC                                                                                           |                                                                                                                                           |                                    |                                         |
| Ist Ihr Unternehmen vorsteuerabzugsberechtigt nach § 15 UstG?<br>ja                      nein |                                                                                                                                           |                                    |                                         |
| Betriebs- bzw. Personalrat                                                                    |                                                                                                                                           | ja                                 | nein                                    |
| Schwerbehindertenvertretung                                                                   |                                                                                                                                           | ja                                 | nein                                    |
| Inklusionsbeauftragter des Arbeitgebers                                                       |                                                                                                                                           | ja                                 | nein                                    |
| Anzahl der im<br>Betrieb Beschäftigten*                                                       | Anzahl der schwerbehinderten/gleichgestellten Arbeitnehmer<br><br>darunter besonders betroffene Sbm:<br><br>darunter Mehrfachanrechnungen |                                    | Pflichtplatzerfüllung Vorjahr (%)       |

\*) ohne Geschäftsführer, Azubi, unter 12 h Beschäftigte

**2. Angaben zur beantragten Maßnahme**

Welche Maßnahme ist vorgesehen?

Kurzbegründung:

**3. Sonstige Angaben**

Wurde bei einer anderen Stelle ein Antrag auf gleichartige Leistungen gestellt? ja nein

Erhalten Sie von anderer Stelle Finanzierungshilfen im Zusammenhang mit der Beschäftigung des schwerbehinderten/gleichgestellten Menschen? ja nein

Wenn ja, bei welcher Stelle? (Name und Anschrift der Stelle, die diese Leistungen gewährt, Aktenzeichen)

| 4. Angaben zum Arbeitnehmer                                                                          |  | bitte dieses Blatt für jeden Arbeitnehmer separat ausfüllen!          |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------|--|
| Name, Vorname                                                                                        |  | Geburtsdatum                                                          |  |
| Anschrift                                                                                            |  |                                                                       |  |
| der/die betroffene Arbeitnehmer/in                                                                   |  |                                                                       |  |
| ist schwerbehindert, Grad der Behinderung _____                                                      |  | hat Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft gestellt |  |
| ist gleichgestellt                                                                                   |  | hat Antrag auf Gleichstellung gestellt                                |  |
| <b>Bitte fügen Sie eine Kopie des Schwerbehindertenausweises bzw. Gleichstellungsbescheides bei!</b> |  |                                                                       |  |
| Erhalt von Rente                                                                                     |  | Rente beantragt                                                       |  |
| rentenversichert bei (Anschrift)                                                                     |  | Versicherungs-Nr.                                                     |  |
| krankenversichert bei (Anschrift)                                                                    |  | Versicherungs-Nr.                                                     |  |
| zuständige Berufsgenossenschaft                                                                      |  | Versicherungs-Nr.                                                     |  |

| 5. Angaben zum Beschäftigungsverhältnis                                                                                                                 |                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin ist bei uns beschäftigt seit _____<br>mit einer Wochenarbeitszeit von _____ Std.<br>befristet bis _____ unbefristet | Die Arbeitsaufnahme ist vorgesehen ab _____<br>mit einer Wochenarbeitszeit von _____ Std.<br>befristet bis _____ unbefristet |
| Arbeitsort, Adresse                                                                                                                                     |                                                                                                                              |
| Landkreis/kreisfreie Stadt                                                                                                                              |                                                                                                                              |
| als                                                                                                                                                     |                                                                                                                              |
| Auszubildende/r                                                                                                                                         | Arbeiter/in                                                                                                                  |
| Angestellte/r                                                                                                                                           | Beamter/Beamtin                                                                                                              |
| Sonstiges                                                                                                                                               |                                                                                                                              |
| <b>Bitte fügen Sie den Arbeits- oder Ausbildungsvertrag in Kopie bei!</b>                                                                               |                                                                                                                              |
| Erlernter Beruf und besondere Fachkenntnisse des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin                                                                       |                                                                                                                              |
| Tätigkeit des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin                                                                                                          |                                                                                                                              |

| 6. Hinweise                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Das Thüringer Landesverwaltungsamt, Inklusionsamt, nimmt in Thüringen die Aufgaben des Integrationsamtes gemäß dem SGB IX wahr.<br><br>Vorsorglich weisen wir Sie darauf hin, dass alle beim Inklusionsamt eingehenden Unterlagen nach deren Digitalisierung vernichtet werden. Bitte übersenden Sie uns daher keine Originalunterlagen.<br><br>Ihre Angaben sind freiwillig und dienen der Bearbeitung Ihres Antrags. Sie können diese jederzeit zurückziehen (siehe beiliegendes Datenschutzblatt). Ihre Daten würden dann gelöscht werden. Beachten Sie aber, dass Ihr Antrag dann ggf. nicht weiterbearbeitet werden kann. |  |

Wir versichern, die vorstehenden Angaben richtig, vollständig und nach bestem Wissen gemacht zu haben. Wir verpflichten uns, jede Änderung der in diesem Antrag enthaltenen Angaben unverzüglich mitzuteilen. Uns ist bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgefordert werden, wenn ihre Gewährung von uns vorsätzlich oder grob fahrlässig verschuldet ist.

Die Hinweisblätter zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen und die betreffenden Exemplare an den schwerbehinderten Arbeitnehmer weitergeleitet

Ort

Datum

Stempel, Unterschrift

## Hinweis zum Datenschutz für Arbeitgeber - Leistungen des Inklusionsamtes

Für dieses Formular und das Verfahren ist das Thüringer Landesverwaltungsamt (TLVwA) verantwortlich.

### Alle Angaben, die Sie

\* **in diesem Formular sowie**

\* **im Rahmen des weiteren Verfahrens**

**gegenüber uns (Mitarbeiter/innen des Inklusionsamtes, z.B. Technischer Beratungsdienst) und einer von uns beauftragten Stelle (z.B. Integrationsfachdienst) machen brauchen wir, um** Ihren Antrag auf Leistungen zu bearbeiten. Rechtsgrundlagen dafür sind § 67a Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch (SGB X) i.V.m. § 185 Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX) und die Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV).

**Ihre Angaben sind freiwillig.** Wenn Sie keine Angaben oder keine vollständigen Angaben machen, kann dies dazu führen, dass beantragte Leistungen möglicherweise ganz oder teilweise abgelehnt werden.

Die von Ihnen gemachten Angaben speichern wir in elektronischer Form im TLVwA in Weimar. Zur Prüfung der Zuständigkeit ist es möglich, dass wir Rehabilitationsträger, beispielsweise die Agentur für Arbeit oder die Deutsche Rentenversicherung, kontaktieren. Möglicherweise werden wir auch andere Stellen außerhalb des TLVwA, z.B. den Integrationsfachdienst, beauftragen, eine Stellungnahme bzw. ein Gutachten zu erstellen. Diese erhalten dann die erforderlichen Unterlagen und sind zur Wahrung des Datenschutzes verpflichtet.

### Wir speichern Ihre Daten nur solange wir sie benötigen.

Die Daten werden daher zehn Jahre nach dem Ende des Kalenderjahres gelöscht, in dem eines der folgenden Ereignisse eintritt: bestandskräftiger Abschluss des Verfahrens (ggf. nach Ablauf der festgesetzten Zweckbindungsfrist) oder sonstige Erledigung des Verfahrens.

### Sie haben folgende Rechte:

- \* Sie können von uns **Auskunft** über Ihre Daten verlangen, die wir gespeichert haben.
- \* Sie können von uns eine **kostenlose Kopie** dieser Daten verlangen.
- \* 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 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 auf den folgenden Wegen mit uns Kontakt aufnehmen:

- \* per Post: Thüringer Landesverwaltungsamt, Inklusionsamt, Karl-Liebknecht-Straße 4, 98527 Suhl
- \* per Telefon: 0361 57-331 5400
- \* per Telefax: 0361 57-331 5366
- \* per E-Mail: [inklusionsamt@tlvwa.thueringen.de](mailto:inklusionsamt@tlvwa.thueringen.de)

Mit dem behördlichen **Datenschutzbeauftragten** des TLVwA können Sie unmittelbar auf den folgenden Wegen Kontakt aufnehmen:

- \* per Post: Thüringer Landesverwaltungsamt, Datenschutzbeauftragter PF 2249, 99403 Weimar
- \* per Telefon: 0361 57-332 1299
- \* per E-Mail: [datenschutz@tlvwa.thueringen.de](mailto:datenschutz@tlvwa.thueringen.de)

Sie können sich über uns beim Thüringer Landesbeauftragten für den Datenschutz **beschweren**.

Sie haben das Recht, der Verarbeitung Ihrer Daten durch uns jederzeit zu widersprechen.

**Diese Informationen sind für Ihre Unterlagen bestimmt. Bitte schicken Sie dieses Hinweisblatt nicht an das TLVwA zurück.**

### Hinweis:

Das Thüringer Landesverwaltungsamt, Inklusionsamt, nimmt in Thüringen die Aufgaben des Integrationsamtes gemäß dem SGB IX wahr.

## Hinweis zum Datenschutz für Arbeitnehmer - Leistungen des Inklusionsamtes

### Dieses Hinweisblatt ist dem Arbeitnehmer auszuhändigen!

Für dieses Formular und das Verfahren ist das Thüringer Landesverwaltungsamt (TLVwA) verantwortlich.

Ihr Arbeitgeber hat Leistungen beim Inklusionsamt beantragt. Für diesen Antrag werden Daten zu Ihrer Person benötigt.

#### Alle Angaben, die Sie

\* in diesem Formular sowie

\* im Rahmen des weiteren Verfahrens

gegenüber uns (Mitarbeiter/innen des Inklusionsamtes, z.B. Technischer Beratungsdienst) und einer von uns beauftragten Stelle (z.B. Integrationsfachdienst) machen brauchen wir, um den Antrag zu bearbeiten. Rechtsgrundlage dafür ist § 67a Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch (SGB X) i.V.m. § 185 Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX) und der Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV).

**Ihre Angaben sind freiwillig.** Wenn Sie keine Angaben oder keine vollständigen Angaben machen, kann dies dazu führen, dass beantragte Leistungen möglicherweise ganz oder teilweise abgelehnt werden.

Die von Ihnen gemachten Angaben speichern wir in elektronischer Form im TLVwA in Weimar. Zur Prüfung der Zuständigkeit ist es möglich, dass wir Rehabilitationsträger, beispielsweise die Agentur für Arbeit oder die Deutsche Rentenversicherung, kontaktieren. Möglicherweise werden wir auch andere Stellen außerhalb des TLVwA, z.B. den Integrationsfachdienst, beauftragen, eine Stellungnahme bzw. ein Gutachten zu erstellen. Diese erhalten dann die erforderlichen Unterlagen und sind zur Wahrung des Datenschutzes verpflichtet.

#### Wir speichern Ihre Daten nur solange wir sie benötigen.

Die Daten werden daher zehn Jahre nach dem Ende des Kalenderjahres gelöscht, in dem eines der folgenden Ereignisse eintritt: bestandskräftiger Abschluss des Verfahrens (ggf. nach Ablauf der festgesetzten Zweckbindungsfrist) oder sonstige Erledigung des Verfahrens.

#### Sie haben folgende Rechte:

- \* Sie können von uns **Auskunft** über Ihre Daten verlangen, die wir gespeichert haben.
- \* Sie können von uns eine **kostenlose Kopie** dieser Daten verlangen.
- \* 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 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 auf den folgenden Wegen mit uns Kontakt aufnehmen:

- \* per Post: Thüringer Landesverwaltungsamt, Inklusionsamt, Karl-Liebknecht-Straße 4, 98527 Suhl
- \* per Telefon: 0361 57-331 5400
- \* per Telefax: 0361 57-331 5366
- \* per E-Mail: [inklusionsamt@tlvwa.thueringen.de](mailto:inklusionsamt@tlvwa.thueringen.de)

Mit dem behördlichen **Datenschutzbeauftragten** des TLVwA können Sie unmittelbar auf den folgenden Wegen Kontakt aufnehmen:

- \* per Post: Thüringer Landesverwaltungsamt, Datenschutzbeauftragter PF 2249, 99403 Weimar
- \* per Telefon: 0361 57-332 1299
- \* per E-Mail: [datenschutz@tlvwa.thueringen.de](mailto:datenschutz@tlvwa.thueringen.de)

Sie können sich über uns beim Thüringer Landesbeauftragten für den Datenschutz **beschweren**.

Sie haben das Recht, der Verarbeitung Ihrer Daten durch uns jederzeit zu widersprechen.

**Diese Informationen sind für Ihre Unterlagen bestimmt. Bitte schicken Sie dieses Hinweisblatt nicht an das TLVwA zurück.**

#### Hinweis:

Das Thüringer Landesverwaltungsamt, Inklusionsamt, nimmt in Thüringen die Aufgaben des Integrationsamtes gemäß dem SGB IX wahr.

|                    |  |
|--------------------|--|
| Geschäftszeichen:  |  |
| Fall-AZ:           |  |
| Az. Antragsteller: |  |
| Az. sbM:           |  |
| Sachbearbeiter:    |  |

Thüringer Landesverwaltungsamt

**Durchführung des Schwerbehindertenrechts nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)**

**Anlage A zum Antrag des Arbeitgebers**

**Diese Erklärung ist dem Arbeitnehmer auszuhändigen!**

**Die Rücksendung dieses Hinweisblattes ist dringend erforderlich!**

Personalien des schwerbehinderten Arbeitnehmers, für den Leistungen beantragt werden:

Name, Vorname

geb. am

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Kenntnisnahme**

Ich habe die erhaltenen Hinweise zum Datenschutz zur Kenntnis genommen.

Ich nehme zur Kenntnis,

- \* dass ich diese Einwilligung verweigern oder einzelne Angaben von der Bekanntgabe ausnehmen kann,
- \* dass im Falle einer Verweigerung die im Hinweisblatt genannten Rechtsfolgen eintreten können.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arbeitnehmer/Auszubildender bzw.  
gesetzliche(r) Vertreter

**Erklärung:**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- \* die Daten über meine persönlichen Verhältnisse
  - \* die Daten über meine gesundheitlichen Verhältnisse
- dem Inklusionsamt zur Antragsbearbeitung übermittelt werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arbeitnehmer/Auszubildender bzw.  
gesetzliche(r) Vertreter

**Hinweis:**

Dieses Blatt (Anlage A) können Sie:

- Ihrem Arbeitgeber geben, dieser leitet es zusammen mit dem Antrag an das Inklusionsamt weiter
- Ihrem Arbeitgeber in einem verschlossenen Umschlag geben, dieser leitet es zusammen mit dem Antrag an das Inklusionsamt weiter
- Selbst an das Inklusionsamt schicken:

**Thüringer Landesverwaltungsamt, Inklusionsamt, Karl-Liebnecht-Straße 4, 98527 Suhl**

|                    |  |
|--------------------|--|
| Geschäftszeichen:  |  |
| Fall-AZ:           |  |
| Az. Antragsteller: |  |
| Az. sbM:           |  |
| Sachbearbeiter:    |  |

## Anlage B zum Antrag des Arbeitgebers

**Diese Erklärung ist dem Arbeitnehmer auszuhändigen!**

Personalien des schwerbehinderten Arbeitnehmers, für den Leistungen beantragt werden:

Name, Vorname

geb. am

## Erklärung des schwerbehinderten Arbeitnehmers

- Ursachen der Behinderung (z. B. Krankheit, Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Impfschaden, Wehrdienstbeschädigung, Gewalttat, Unfall durch Fremdverschulden, angeboren etc.):

- Ich beziehe

keine Rente

keine Rente, habe aber Antrag gestellt

Rente, und zwar

teilweise Erwerbsminderungsrente

volle Erwerbsminderungsrente Erwerbsunfähigkeit

wegen der Folgen eines Arbeits- bzw. Wegeunfalls

Die Rente wird gezahlt

von der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland/Bund

von der Berufsgenossenschaft

unter dem Aktenzeichen:

- Ich habe bei (Rententräger, Agentur für Arbeit.....)

medizinische Rehamaßnahmen

beantragt

erhalten am

- Nur bei Schädigung durch Dritte: Ein Anspruch auf Schadenersatzleistungen gegenüber Dritten (evtl. auch Versicherungsleistungen) wegen eventueller Unfallfolgen

besteht nicht

besteht gegenüber

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitnehmer/Auszubildender bzw. gesetzliche(r)  
Vertreter

Dieses Blatt (Anlage B) können Sie:

- Ihrem Arbeitgeber geben, dieser leitet es zusammen mit dem Antrag an das Inklusionsamt weiter
- Ihrem Arbeitgeber in einem verschlossenen Umschlag geben, dieser leitet es zusammen mit dem Antrag an das Inklusionsamt weiter
- Selbst an das Inklusionsamt schicken:

**Thüringer Landesverwaltungsamt, Inklusionsamt, Karl-Liebknecht-Straße 4, 98527 Suhl**