

Antrag auf Leistungen an Inklusionsbetriebe für laufende 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:

Leistungen werden frühestens ab Beginn des Monats des Antragseingangs beim Inklusionsamt erbracht. Die Entscheidung dazu erfolgt nach Prüfung des Einzelfalls.

Aktenzeichen _____

Sachbearbeiter _____

☐	Antrag auf Gebärdensprachdolmetscherleistungen*	☐	Antrag auf Förderung des besonderen Aufwands im Inklusionsbetrieb*
☐	Antrag auf Beschäftigungssicherungszuschuss*	☐	

*) 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? ja nein				
Betriebs- bzw. Personalrat		ja	nein	
Schwerbehindertenvertretung		ja	nein	
Inklusionsbeauftragter des Arbeitgebers		ja	nein	
Anzahl der im Betrieb Beschäftigten*	Anzahl der schwerbehinderten/gleichgestellten Arbeitnehmer darunter besonders betroffene SbM: darunter Mehrfachanrechnungen		Pflichtplatzerfüllung Vorjahr (%)	

*) ohne Geschäftsführer, Azubi, unter 12 h Beschäftigte

2. 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	
Bitte fügen Sie eine Kopie des Schwerbehindertenausweises bzw. Gleichstellungsbescheides bei!			
Erhalt von Rente		Rente beantragt	
rentenversichert bei (Anschrift)		Versicherungs-Nr.	
krankenversichert bei (Anschrift)		Versicherungs-Nr.	
zuständige Berufsgenossenschaft		Versicherungs-Nr.	

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

4. Angaben zur beantragten Maßnahme

Welche Leistung ist vorgesehen?

4.1. besonderer Aufwand

Der schwerbehinderte Arbeitnehmer benötigt auf Grund seiner Behinderung

längere oder regelmäßig wiederkehrende fachliche oder arbeitspädagogische Unterweisung und Anleitung bei folgenden Tätigkeiten:

regelmäßige arbeitsbegleitende Betreuung und Motivation bei folgenden Tätigkeiten:

regelmäßig erforderliche tätigkeitsbezogene Handreichungen und Hilfestellungen bei der Arbeitsausführung sowie der Sicherstellung der Kommunikation am Arbeitsplatz bei folgenden Tätigkeiten:

regelmäßige Hilfe und Unterstützung bei Verrichtungen bei folgenden Tätigkeiten:

4.2. Beschäftigungssicherungszuschuss

Der schwerbehinderte Arbeitnehmer erbringt in Folge der Behinderung nicht nur vorübergehend eine wesentlich verminderte Arbeitsleistung bei folgenden Tätigkeiten:

Art und Umfang der Leistungseinschränkungen:

Es wird beantragt:

Pauschalleistung (30% behinderungsbedingte Leistungseinschränkung)

Einzelfallentscheidung

Die erbrachte Leistung beträgt ca. _____ % gegenüber einem vergleichbaren, nicht behinderten Arbeitnehmer.

Angaben zum Einkommen

Einkommen des schwerbehinderten Menschen:

durchschnittliches monatliches Arbeitnehmer-Brutto: _____ EUR

voraussichtliches Brutto - Jahreseinkommen im Antragsjahr (ohne AG-Anteile, mit Urlaubs- und Weihnachtsgeld, ggf. Vorjahr angeben): _____ EUR

Handelt es sich um eine tarifliche Entlohnung bzw. ist sie höher oder gleich dem Mindestlohn?

ja nein

tägliche Arbeitszeit _____ Anzahl der Arbeitstage pro Woche: _____

Name und Tätigkeit der Hilfsperson:

4.3. Gebärdensprachdolmetscherkosten		
Art des Einsatzes	Dauer des Einsatzes/Stunden	Anzahl Einsätze pro Jahr

5. 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)	

6. Hinweise
Das Thüringer Landesverwaltungsamt, Inklusionsamt, nimmt in Thüringen die Aufgaben des Integrationsamtes gemäß dem SGB IX wahr. Vorsorglich weisen wir Sie darauf hin, dass alle beim Inklusionsamt eingehenden Unterlagen nach deren Digitalisierung vernichtet werden. Bitte übersenden Sie uns daher keine Originalunterlagen. 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

Diesem Antrag sind beizufügen:

Anlage A

Anlage B

Die Anlagen können auch vom schwerbehinderten Menschen direkt an das Integrationsamt oder in einem verschlossenen Umschlag über den Arbeitgeber zur Weiterleitung an das Integrationsamt geschickt werden.

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

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

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

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

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-Liebknecht-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

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

2. 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:

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

medizinische Rehamaßnahmen

beantragt

erhalten am

4. 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